Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Breslau
(Direktor: Professor Dr. Johannes Lange †,
z. Zt. beauftragter Direktor: Dozent Dr. med habil.
Werner Wagner).

Seltene Suchten

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des Doktorgrades der Hohen Medizinischen Fakultät

der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau,

vorgelegt von

Eva Möwius

1939

Buchdruckerei Paul Plischke, Breslau 1

Gedruckt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Breslau.

---

1. Referent: Doz. Dr. Wagner,
2. Referent: Prof. Dr. Foerster,
Dekan: Prof. Dr. Gutzeit.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

I. Einleitung.

In der Arbeit werden seltener vorkommende Suchten beschrieben; daraus erklärt sich die verhältnismäßig kleine Zahl der Beobachtungen. Dafür konnten wir auf die einzelnen Krankheitsbilder und vor allem die einzelnen Persönlichkeiten näher eingehen in der Hoffnung, daß sich vielleicht ein Einblick in die Geistesstruktur Süchtiger überhaupt ergeben wird.

Von den vorliegenden einundzwanzig Krankengeschichten stammen zwanzig aus der Universitäts-Nervenklinik Breslau, eine aus der Städtischen Nervenklinik Chemnitz.

II.

A. SELTENE OPIATSUCHTEN.

a) Codein

Fall 1.

M. Sch., 35 jähr. Säuglingsschwester.

FA. Vater hatte die „übliche Lehrernervosität", war mäßiger Raucher, trank jedoch häufig, war danach „krankhaft gereizt, grob". Großmutter (mütterlicherseits) litt an Kopfschmerzen mit Erbrechen; deren Bruder an unklaren Krämpfen (angeblich nur nach Aufregungen). Zwei Kusinen (väterlicherseits) begingen aus nicht bekannten Gründen Selbstmord.

EA. Geburt und Entwicklung waren normal, sie war aber immer etwas zart. Mit 15 Jahren bekam sie eine Facialis-Lähmung, angeblich nach Erkältung. Mit 23 Jahren wurde sie Säuglingsschwester. Vor acht Jahren bekam Patientin vom Arzt Codein gegen Dismenorrhoe verordnet. Sie war damals schon nervös, unruhig und ohne Ausdauer im Beruf, trank viel Tee und schwarzen Kaffee. Vor 1½ Jahren nahm sie wegen Schlaflosigkeit infolge „seelischer Konflikte" Schlafmittel, griff aber bald, da diese nicht halfen, zum Codein, das sie in einen angenehmen Zustand erhöhter Leistungsfähigkeit versetzte, den sie durch die Schlafmittel nicht gekannt hatte. Sie verlor dabei auch ihre innere Unruhe und konnte anfangs gut schlafen. Sie nahm ein Jahr lang tgl. 25 Tbl. zu 0,03, ging dann aber auf 10 herunter, da sie völlig appetitlos wurde. Beim Versuch, ganz ohne Tabletten auszukommen, bekam sie an zwei aufeinanderfolgenden Tagen Anfälle von Zittern, Herzklopfen, Schwäche und Arbeitsun-

fähigkeit, die sich durch starken Kaffee und Likör beseitigen ließen. Nach dem zweiten Anfall griff sie wieder zum Codein.

Sie wurde allmählich reizbarer gegen ihre Umgebung, vernachlässigte sich, gab ihr ganzes Geld für Codein aus. In der Arbeit wurde sie unzuverlässig und fahrig, erregt, wenn sie kein Codein hatte; sie trank dann Schnaps und Wein. Das Gedächtnis ließ nach, in sexueller Beziehung wurde sie hemmungsloser, ihrer sozialen Lage gegenüber wurde sie gleichgültig. Das Arbeiten fiel ihr schwer, sie borgte sich von ihrem Freund Geld, versetzte ihre Sachen, nur um zu Codein zu gelangen. Sie kündigte ihre Stellung, trieb sich nachts herum, wurde dann von der Polizei aufgegriffen und nach Hause befördert, von wo die Klinikeinweisung erfolgte.

Aufnahmebefund:

Mittelgroße, etwas schmächtige Frau in ausreichendem Ernährungszustand. Haut und sichtbare Schleimhäute waren genügend durchblutet. Die inneren Organe bieten keinen krankhaften Befund. Außer einem mäßigen Lidflattern, einer Facialis-Parese links, fibrillären Zuckungen im Orbicularis-oculi-Gebiet, einem positiven Chvostec (der vielleicht ein Reizzustand im Zusammenhang mit der Facialis-Parese war) war kein pathologischer Befund am Zentral-Nerven-System. Patellar-Sehnen-Reflexe waren beiderseits lebhaft, verbreitert.

Verlauf:

Der Schlaf war anfangs sehr schlecht, besserte sich dann im Lauf des Klinikaufenthaltes, war aber bis zum Ende nur auf Mittel hin zu erreichen. Die Stimmungslage war stark wechselnd, weinerlich, unzufrieden, sie klagte über innere Unruhe und Kopfschmerzen. Im allgemeinen war sie gereizt, initiativelos, las nur ab und zu etwas, äußerte gelegentlich Suicidideen. Nach reichlich sechs Monaten wurde sie freier, die Stimmungslage begann gleichmäßiger zu werden, sie arbeitete zuverlässig und mit Ausdauer in der Küche. Auch während der nächsten vier Wochen blieb die Stimmung ausgeglichen. Da eine gewisse Krankheitseinsicht bestand, wurde Patientin entlassen. Sie war dann vier Monate in einem Sanatorium, fühlte sich dort aber nicht wohl und begann bald wieder viel Geld für Bohnenkaffe und Alkohol auszugeben. Sie wußte sich auch ein Dauerrezept für Paraldehyd zu verschaffen, wovon sie tgl. 1—2 mal 6 g nahm. Als sie wieder unruhig und schlaflos wurde, nahm sie eines Tages 50 g Paraldehyd auf einmal, wie sie berichtete „halb im Dusel". (Auf Vorhalt hatte sie keinerlei Einsicht, daß dies ein Rückfall war). Sie war dann weitere vier Wochen in einem anderen Sanatorium, nahm aber danach auf Drängen des Vaters eine Stellung in einem Säuglingsheim an. Ihrer Meinung nach hatte sie dort anfangs gut gearbeitet, eine Mitschwester teilte aber mit, sie wäre von Anfang an unzuverlässig, unordentlich gewesen, hätte einen verwahrlosten Eindruck gemacht, die Schülerinnen finanziell ausgenützt. Schon nach acht Tagen begann sie wieder Schlafmittel zu nehmen, besorgte sich aber gleich wieder Codein. Wahrscheinlich hat sie auch Alkohol getrunken; eine Stubenuntersuchung bei ihr ergab einen großen Vorrat an Codein und Veronal, sie wurde daraufhin zur Entziehungskur in die Klinik erneut eingeliefert.

Aufnahmebefund:

unverändert wie vor sechs Monaten.

Verlauf:

Patientin schlief während des ganzen Klinikaufenthaltes schlecht. Die Stimmung war anfangs sehr depressiv, dann wechselnd. Für die Schwere ihres erneuten Mißbrauches bestand keinerlei Einsicht. Nach ¾ jährigem Aufenthalt wurde Patientin entlassen, ohne daß eine wesentliche Besserung eingetreten war.

Codein, chemisch der Methylester des Morphins, hat gegenüber dem Morphium eine geringere Wirkung auf die höheren Hirnzentren. Außerdem wird es im Organismus nicht wie das Morphium zerstört und führt deswegen nicht zu einer echten Gewöhnung. Wegen der geringen Wirkung auf das Gehirn kommt ein suchtmäßiger Mißbrauch äußerst selten vor. Unter 400 Fällen von chronischen Vergiftungen konnte Sollier (nach Meggendorfer) nur einen einzigen Fall von Codeinismus beobachten. Es handelt sich um einen Arzt, der ein Jahr lang wegen Rheumatalgien Codeinum phos. nahm, schließlich in einer täglichen Dosis von 2 gr. Es traten dann Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme, nächtliche Angstzustände mit Schlaflosigkeit ein. Drei weitere Fälle von chronischem Codeingebrauch teilt H. Schwartz mit. Zwei davon bekommen das Codein vom Arzt gegen Husten verordnet, lernen es also wie auch unsere Patientin bei organischen Zuständen kennen. Aber auch hier wie dort wird das Mittel weitergenommen wegen der angenehmen Wirkung, die es besonders auf die Leistungsfähigkeit ausübt. Beim Fehlen des Mittels treten Unruhe, Müdigkeit und Entziehungserscheinungen auf. Dazu kommt eine gewisse persönliche Disposition, die sich in unserem Fall in Übererregbarkeit und einer allgemeinen Asthenie bemerkbar macht, in den drei Literaturfällen als „leichtlebig, charakterschwach", „schwächliches Kind" beschrieben wird. Der dritte von Schwartz mitgeteilte Fall nimmt Codein gegen Eisenbahnfurcht, an der er infolge eines Eisenbahnunglückes, das er miterlebte, litt. Sonst wird er als zielbewußter, aber leicht erregbarer Mensch geschildert, der nach äußerlichen Fehlschlägen „Neigung zu nervösen Spannungen" zeigte.

Auffallend ist der Alkohol- und Geldverbrauch sowohl bei den Patienten von Schwartz als auch bei unserer Kranken. Leider ist nicht ersichtlich, ob diese Neigung schon vor dem Codein-Mißbrauch bestand oder erst unter dessen Wirkung auftrat. Wenn letzteres der Fall wäre, könnte an eine Charakterveränderung, wie sie auch das Morphium hervorruft, gedacht werden. Die Entziehungserscheinungen sind ähnlich wie beim Morphinismus, nur von schwächerer Ausprägung. Bei den auftretenden Intoxikationserscheinungen trägt der Alkohol sicher einen Teil der

Verantwortung. Während in dem von Meggendorfer mitgeteilten Fall der Gebrauch des Codeins durch Schmerzzustände motiviert ist, handelt es sich in den vorstehenden und unserem Fall um ausgesprochene Sucht: das Mittel wird, wie schon erwähnt, wegen des angenehmen Zustandes genommen, den es hervorruft.

Trotzdem ist der Codeinismus eine äußerst seltene Erscheinung. Die Gründe dürften wohl

1. in der geringeren euphorisierenden Wirkung,
2. in der langsameren Wirkung überhaupt, da Codein nur innerlich genommen wird und deswegen langsamer resorbiert wird,
3. in dem hohen Preis — 3 gr kosten 9,— RM. — zu suchen sein.

Die Kranke weist eine starke erbliche Belastung auf, die in der mütterlichen Linie vieleicht epileptoiden Charakter zeigt. Die erste Bekanntschaft mit dem Mittel tritt ein, als sie es vom Arzt gegen Dismenorrhoe verordnet bekommt. Sie war damals schon nervös, trank viel starken Kaffee, dementsprechend wirkte das Mittel beruhigend auf sie. In dieser Wirkung liegt der Beginn zu der sich später entwickelnden Sucht. Sie steigert die Dosis sehr schnell und nimmt bald 25 Tabletten zu 0,03, also insgesamt ¾ gr täglich. Bald darauf einsetzender Appetitmangel und Abmagerung zwingen sie auf 10 Tabletten herunterzugehen. Bei der Klinikeinweisung bestand ein relativ guter Allgemeinzustand und nervöse Symptome wie Lidflattern, lebhafter Dermographismus und verbreiterte Patellar-Sehnen-Reflex-Zone. Der schlechte Schlaf und die Kopfschmerzen sind als Entziehungssymptome anzusehen und bleiben ziemlich lange bestehen. Sie stimmen im wesentlichen mit den in der Literatur beschriebenen überein. Nach langdauerndem Aufenthalt entlassen, kann sie nicht mehr ohne Mittel leben, treibt Coffein- und Alkoholabusus, verschafft sich auch ein Dauerrezept für Paraldehyd, arbeitet kurze Zeit unzuverlässig, nimmt schließlich wieder Codein und Veronal. Nach einem halben Jahr erfolgt die erneute Klinikaufnahme. Der körperliche Befund ist der gleiche wie beim erstenmal. Die Stimmungslage ist wieder sehr wechselnd, öfters depressiv, ohne Einsicht für die Schwere ihres Rückfalls. Der Schlaf ist während eines mehrmonatlichen Aufenthaltes schlecht, nur auf hohe Dosen von Schlafmitteln zu erreichen. Nach der Entlassung verfällt sie bald wieder der Sucht, kommt immer mehr herunter, stirbt schließlich in einem verwahrlosten Zustand, wahrscheinlich an einer intercurenten Erkrankung.

Neben den körperlichen Erscheinungen tritt auch der seelische und somit soziale Verfall wie beim Morphinisten auf.

b) Dicodid

Fall 2.

A. K., 49 jähr., Hüttenbeamter a. D.

FA. o. B.

EA. Die Geburt und Entwicklung waren normal, die Berufsausbildung ohne Schwierigkeiten. Wegen Darmblutungen wurde er aus dem Kriegsdienst entlassen, vier Jahre danach operiert, wobei er gegen die Schmerzen Pantopon und Belladonna erhielt. Fünf Jahre später bekam er in einem Krankenhaus wegen erneuter Schmerzen Dicodid, an das er sich gewöhnte. Von einem alten Arzt ließ er sich 30 Tabletten Dicodid tgl. verschreiben. Der Hang danach wurde immer stärker, die Arbeitsfähigkeit ließ nach, so daß er entlassen wurde. Mehrere Entziehungskuren waren erfolglos. Späterhin verschaffte er sich Dicodid, indem er es Kriegsverletzten, denen es der Arzt verschrieben hatte, abkaufte. Einmal versuchte er auch, es in einem Krankenhaus zu bekommen. Kurze Zeit begann er auch Phanodorm zu nehmen bis zu 10 Tabletten tgl., kam aber bald auf Dicodid zurück. Daneben trank er auch viel starken Kaffee. Schließlich führte ihn seine Sucht auch zu Rezeptfälschungen. Patient selbst gab an, immer ein etwas schwermütiger Mensch gewesen zu sein, wenn er aber unter Dicodid stünde, fühle er sich wohl und glücklich. Patient kam zur Begutachtung in die Klinik.

Aufnahmebefund:

Magerer asthenischer Mann in mäßigem Kräfte- und Ernährungszustand. Haut und sichtbare Schleimhäute waren nur mangelhaft durchblutet. Es bestand eine deutliche Gesichtsasymmetrie. Die inneren Organe waren o. B. An den Extremitäten war eine leichte Akrocyanose zu sehen, die Ellbogen waren hyperkeratotisch. Die Zehennägel waren zum Teil entfernt, wie es schien gewaltsam abgerissen — Patient gibt dazu an, es tatsächlich einmal aus einer starken inneren Unruhe heraus getan zu haben.

Die Occipitalisdruckpunkte beiderseits, sowie die beiden oberen Trigeminusäste waren druckempfindlich. Die Pupillen waren knapp mittelweit, etwas ungleich groß, nicht ideal rund. Lichtreaktion war träge, aber ausgiebig. Convergenz-Reaktion prompt und ergiebig. Mitunter zeigte sich geringes Lidflattern; die Zunge wich beim Herausstrecken etwas nach rechts ab. Der Würg-Reflex fehlte. Beim Finger-Nasen-Versuch war eine deutliche leichte Unsicherheit festzustellen, die Spontansprache war mitunter verwaschen.

Verlauf:

Patient machte zuweilen einen leicht benommenen, schläfrigen Eindruck, zeigte eine deutliche Herabsetzung der Konzentrations- und Merkfähigkeit, sowie eine starke psychische Ermüdbarkeit. Während der Untersuchung verlangte er mehrmals Dicodid oder Phanodorm mit den Zeichen einer deutlichen, mühsam unterdrückten Erregung. Auffallend war seine selbstgerechte, kritiklose Haltung für die eigenen Belange, er sah auch die Schwere seiner Sucht nicht ein. Gelegentlich klagte er über Darmschmerzen. Er wurde nach Abschluß des Gutachtens entlassen.

Fall 3.

H. W., 53 jähr., Schiffsmaschinist, jetzt arbeitslos.

FA. Vater und Bruder des Patienten tranken gern Alkohol.

EA. Die Geburt und Entwicklung waren normal. Mit 11 Jahren hatte er Osteomyelitis und Coxitis. Zuerst lernte er als Fleischer, dann ging er mit 19 Jahren aus Abenteuerlust zur See. Vor fünf Jahren mußte er sich einer Beinoperation unterziehen. Da die Schmerzen danach nicht nachließen, bekam er Veronal und Dicodid. Letzteres begann er zu steigern von anfangs 2 Tabletten auf täglich 20 innerhalb von zwei Jahren. Er gab an, in der letzten Zeit die Tabletten „wegen der drückenden wirtschaftlichen Verhältnisse", um sich zu betäuben, genommen zu haben. Nach einer neuen Operation nahm er kurze Zeit Morphium, dann wieder Dicodid und zuletzt einige Tage Eumecon; davon zuerst 25 ccm, dann 15. Er gab an, daß die Libido verringert sei, seit er Dicodid nehme.

Aufnahmebefund:

Kleiner, wenig kräftiger Mann in reduziertem Allgemein- und Ernährungszustand. Schlaffe, welke Haut, die sichtbaren Schleimhäute waren nur mäßig durchblutet. Die Wirbelsäule wies eine starke Skoliose nach rechts auf mit Hochstand der Schulter und des rechten Schulterblattes. Auch die linke wurde abnorm hoch gehalten. Linke Herzgrenze war etwas verbreitert, zweiter Aortenton akzentuiert. Sonst war an den inneren Organen kein krankhafter Befund.

Pupillen waren etwas eng und ungleich. Licht-Reaktion träge, außerdem fand sich ein ziemlich starker Tremor der Hände. Zentral-Nerven-System war sonst intakt.

Verlauf:

Patient äußerte wiederholt starke Unlust- und Unruhegefühle. In den ersten Tagen traten sehr starke Entziehungserscheinungen auf: Leibschmerzen, Erbrechen, schlechter Schlaf, völlige Appetitlosigkeit bei gelegentlichen Kopf- und Gliederschmerzen. In den nächsten Wochen begannen die Erscheinungen langsam abzuklingen, doch besserte sich der Nachtschlaf erst sehr spät. Am Ende des dritten Monats fing die Stimmung an, gleichmäßig und zuversichtlich zu werden, daraufhin wurde er entlassen.

Fall 4.

A. S., 27 jähr., Krankenschwester.

FA. Vater war sehr nervös und leicht erregbar. Ein Bruder der Patientin war Linkshänder. Großmutter und Urgroßmutter (väterlicherseits) neigten zu Stimmungsschwankungen. Zwei Geschwister (väterlicherseits) starben an unklaren Psychosen.

EA. Geburt und Entwicklung waren normal. Mit 19 Jahren wurde sie Krankenschwester, mit 25 hatte sie einen Unfall mit schweren Säureverätzungen, die entstellende Narben im Gesicht zurückließen. Mit 22 begann sie wegen Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage und Zerwürfnis mit ihrem Freund Dicodid-Tabletten zu nehmen. Sie steigerte im Laufe von zwei Jahren die Dosis auf 50 Tabletten täglich. Nach Einnahme des Mittels empfand sie ein Rauschgefühl, das ihr eine erhöhte Leistungsfähigkeit gab. Wenn sie versuchte, ohne Mittel auszukommen, traten sofort Entziehungserscheinungen auf: Frösteln, Schwitzen, Mattigkeitsgefühl usw. Zeitweilig nahm sie auch Dicodid in Tropfen bis zu 40 g tgl., dazu auch gelegentlich Pantopon und Opium. Kurze Zeit nahm sie statt Dicodid, Allional, Luminal, Phanodorm, rauchte auch stark. Einmal machte sie einen Selbstmordversuch mit 80 Tabletten Phanodorm und 7 Tabletten Luminal zu

0,03. Durch sofort einsetzende ärztliche Maßnahmen wurden Folgen verhindert.

Bei einer Privatpflege in Budapest war ihr Morphium zugänglich, sie begann tgl. 20 Ampullen zu spritzen in einer angeblich 4%igen Lösung. Sie fühlte sich angeregt und leistungsfähig, wurde aber sofort schlaff und arbeitsunfähig, wenn sie es nicht hatte. Später nahm sie wieder Dicodid, das sie dann bis zum Schluß weiterbrauchte. Dabei nahm sie 32 Pfd. an Gewicht ab. Nach ihrer Rückkehr wollte sie sich das Leben nehmen. Als ihre Mutter dies verhinderte, geriet sie in einen starken Erregungszustand, worauf die Klinikeinweisung erfolgte.

Aufnahmebefund:

Mittelgroße, schlanke, nicht sehr kräftige Frau in stark reduziertem Ernährungszustand. Gewebsturgor schlaff, Gesichtsfarbe fahl, Haut und sichtbare Schleimhäute waren schlecht durchblutet. An den inneren Organen war kein krankhafter Befund zu erheben. Pupillen waren etwas verzogen, Patellar-Sehnen-Reflexe fehlten beiderseits. Achilles-Sehnen-Reflexe waren beiderseits nur schwach positiv. Beim Romberg zeigte sich geringes Schwanken nach links. Zentral-Nerven-System sonst o. B.

Verlauf:

Patientin machte bei der Aufnahme einen gespannten, mißmutigen Eindruck, sie war gereizt, ärgerlich, dabei distanzlos. Außer vermehrter Schweißsekretion und Kopfschmerzen zeigte Patientin keinerlei Entziehungserscheinungen. Nachtschlaf und Appetit waren immer gut. Nach anfänglicher Besserung wurde sie wieder stark verstimmt; sie hatte zweimal Mescalin erhalten. In der Erregung hatte sie sich mit einem Glasscherben eine Wunde am linken Arm zugefügt, auch sonderte sie sich von den anderen wieder ab. Nach ungefähr vier Wochen wurde sie wieder gleichmäßig, ruhig und konnte gebessert entlassen werden.

Fall 5.

J. T., 29 jähr., Arzt.

FA. o. B.

EA. Geburt und Entwicklung waren normal. Im Anschluß an Keuchhusten litt er häufig an Erkältungskrankheiten. Mit 13 Jahren wurde im rechten unteren Lungenlappen ein Frühinfiltrat festgestellt, das durch Komplikation mit Masern zu einer doppelseitigen offenen Tuberkulose führte. Trotz eines Aufenthaltes in Davos wurde er noch weiterhin von Bronchitiden befallen. Erst seit 1929 ließen die Beschwerden von seiten der Lungen nach. 1933 bekam er nach einer Grippe einen erneuten starken Reizhusten, worauf ihm vom Arzt, um ein Wiederauflackern der Tuberkulose zu verhindern, Dicodid verordnet wurde, an das er sich damals aber nicht gewöhnte. Infolge von schwierig gewordenen wirtschaftlichen Verhältnissen seiner Eltern stellten sich Unbehagen und Verstimmungen bei ihm ein. In dieser Zeit begann er gelegentlich abends Dicodid zu nehmen, da er sich dessen euphorisierender Wirkung erinnerte. Bald darauf nahm er es auch am Tage, weil ihn der Dienst anstrengte, später bis 0,05 pro die. Während eines 7wöchigen Urlaubs kam er ohne Mittel aus, obwohl er sehr unter Stimmungsschwankungen litt. Bei Beginn des Dienstes nahm er jedoch erneut Dicodid, nun schon in einer Dosis von 0,1 bis

0,15 pro die. Allmählich stellten sich Schlafstörungen ein, deretwegen er Schlafmittel nahm. Daraufhin traten Benommenheitszustände auf, die Veranlassung zur Klinikeinweisung wurden. Er hatte in den letzten Tagen 0,2 g Dicodid genommen. Beim Versuch, das Mittel abzusetzen, waren heftige Darmspasmen aufgetreten.

Aufnahmebefund:

Mittelgroßer Mann von gemischt muskulär-asthenischem Habitus in mäßigem Ernährungs- und Kräftezustand. Die Fettpolster waren reduziert, die Haut war trocken, an einigen Stellen schilfernd. Die facies zeigte einen deutlich phtisischen Ausdruck, die Zunge war leicht belegt, die Tonsillen gerötet, das Zäpfchen auffallend klein. Sowohl an den inneren Organen als am Zentral-Nervensystem war kein krankhafter Befund zu erheben.

Verlauf:

Auf Phanodorm und drei Tabletten Neurostrontyl schlief Patient leidlich. Er fühlte sich müde und niedergeschlagen. Während der nächsten Tage bestanden Durchfälle und profuse Schweißausbrüche. Nach ihrem Abklingen fühlte sich der Patient freier und zuversichtlicher, so daß er drei Wochen später in gutem Allgemeinzustand mit ausreichendem Schlaf und in völlig ausgeglichener Stimmung entlassen werden konnte. Über den weiteren Verlauf ist bekannt, daß ein baldiger Rückfall eintrat, der die erneute Klinikeinweisung notwendig machte.

Fall 6.

H. K., 33 jähr., Arzt.

FA. Der Vater soll eine Zeit lang an Gallenbeschwerden gelitten und deswegen Dicodid genommen haben, aber nie süchtig gewesen sein. Sonst o. B.

EA. Geburt und Entwicklung waren normal. Von jeher litt er an Heuschnupfen und Bronchitiden, besonders im Frühjahr und Herbst. Anläßlich einer solchen Bronchitis nahm er vor ungefähr einem Dreivierteljahr längere Zeit Dicodid. Schon damals verspürte er nach Einnahme der Tabletten eine angenehme Euphorie. Um sein Arbeitspensum im Dienst zu erledigen, mußte er auch nachts viel arbeiten. Da er ein Nachlassen seiner Spannkraft befürchtete, begann er Dicodid zu nehmen, wonach er sich regelmäßig frischer fühlte, sodaß er ohne Schwierigkeiten bis 2 oder 3 Uhr morgens arbeiten konnte. Er gewöhnte sich dann sehr rasch an das Mittel, steigerte die Dosis, bis er schließlich Mengen von 7 bis 8 Tabletten zu 0,005 tgl. zu sich nahm. Gelegentlich versuchte er es dazwischen auch mit Morphium-Pulver, dessen genaue Dosierung er nicht angeben konnte. Beim Versuch, von dem Mittel loszukommen, trat heftige Unruhe auf, sodaß er immer wieder zum Dicodid bzw. Morphium griff. Vor 2 Jahren heiratete er, Schwierigkeiten in der Ehe waren nicht vorhanden. Dabei erwähnte er, daß seine Frau bei Menstruationsbeschwerden ebenfalls Dicodid genommen habe, aber nicht süchtig gewesen sei. Er wurde von dem Chefarzt seiner Klinik, der den Dicodidgebrauch merkte, zur Entziehung geschickt. Körperliche Beschwerden hatte er nie.

Aufnahmebefund:

Mittelgroßer, asthenischer Mann in leidlichem Ernährungs- und Kräftezustand. Haut und sichtbare Schleimhäute waren mäßig durchblutet. An den inneren Organen war, abgesehen von vereinzelten

Rasselgeräuschen über den Lungen, kein krankhafter Befund zu erheben. Ebenso waren am Zentral-Nerven-System außer sehr lebhaften Reflexen und sehr engen Pupillen keine Besonderheiten.

Verlauf:

Der Patient machte bei der Aufnahme einen etwas gespannten und unruhigen Eindruck, den er aber sichtlich bemüht war, nach außen nicht merken zu lassen. In den nächsten Tagen bestand weiterhin eine schwere Unruhe, sodaß er mehrmals nach Dicodid verlangte, einmal auch in benommenem Zustand aus dem Bett fiel. Die Stimmung war niedergedrückt und mißmutig, er klagte wiederholt über Durchfälle und ziehende Schmerzen in den Waden; er schlief schlecht und war appetitlos. Nach ungefähr 4 Tagen wurde die Stimmung ausgeglichener, der Schlaf und die Unruhe besserten sich wesentlich. Im Verlauf der nächsten 10 bis 14 Tage klangen die Entziehungserscheinungen völlig ab, nur die Stimmung war noch wechselnd: er schwankte zwischen Reue über seine Süchtigkeit und Selbstüberheblichkeit. Mehrere Male äußerte er, daß er auch ohne Klinikülberwachung von dem Mittel losgekommen wäre, wenn er auch andererseits wieder zugab, daß er sich die Entziehung nicht so unangenehm vorgestellt hätte. Er hätte auch kein Bedürfnis nach Mitteln und wollte keine mehr nehmen. Von Spaziergängen, die er allein unternahm, kam er immer unverändert zurück. Da die Stimmungsschwankungen gänzlich verschwunden waren und er auch nachts gut ohne jedes Mittel schlief, wurde er nach vierwöchentlichem Aufenthalt in gutem körperlichen und psychischen Zustand entlassen.

Soeben kommt die Nachricht, daß ein schwerer Rückfall seit längerer Zeit anhält.

Dicodid ist chemisch dem Codein sehr nahe verwandt, steht aber in seiner Wirkung dem Morphium näher. Wie dieses verursacht es eine deutliche, wenn auch geringe Euphorie. Allgemein wird angenommen, daß Dicodidsuchten sehr selten seien, doch finden sich in unserem verhältnismäßig kleinen Material bereits fünf Fälle von chronischem Dicodidmißbrauch.

In zwei unserer Fälle besteht ausgesprochene erbliche Belastung, und zwar in Fall 3 Trunksucht, in Fall 4 Linkshändigkeit, Stimmungsschwankungen und zwei Psychosen. In unseren Fällen wird das Mittel in Tablettenform genommen, nur in einem Fall vorübergehend als Tropfen. Man hat früher angenommen, daß Mittel in Tablettenform seltener suchtmäßig gebraucht werden. Überblicken wir jedoch unser Material, so trifft das nicht zu. (So schreibt Meggendorfer: im Handbuch der Geisteskrankheiten Bd. 7, S. 238: „eine Sucht ist sehr selten, zumal das Mittel nur in Tablettenform in Verkehr kommt".)

Betrachten wir die Fälle im Einzelnen: Fall 2: Ein normal entwickelter Mann ohne deutliche psychopathische Züge (immerhin ist die nicht abgeschlossene Realgymnasiumbildung auffällig) wird im Alter von 35 Jahren wegen Darmblutungen operiert. Gegen die danach auftretenden Schmerzen bekommt er Pantopon

und Belladonna, an das keine Gewöhnung eintritt. Als er fünf Jahre später Dicodid erhält, verfällt er sofort dem Mittel, nimmt bald bis zu 30 Tabletten täglich, also mindestens 0,15 gr, wenn nicht mehr. Er findet immer Wege, sich das Mittel zu beschaffen. Als ihm das vorübergehend ganz unmöglich ist nimmt er täglich 10 Tabletten Phanodorm und trinkt viel starken Kaffee, begeht dann aber Rezeptfälschungen, nur um wieder zu Dicodid zu gelangen. Er wird schließlich deswegen zur Begutachtung in die Klinik eingewiesen.

Hier findet sich ein reduzierter Allgemeinzustand, schlecht durchblutete Haut und Schleimhäute, Acrozyanose der distalen Extremitäten, Druckschmerzhaftigkeit des Occipitalis und Trigeminus, eine deutliche motorische Unruhe, fehlender Würg-Reflex, sowie Verwaschenheit der Sprache. Psychisch besteht eine starke innere Unruhe, Gedächtnis- und Merkfähigkeit sind deutlich herabgesetzt, außerdem ist eine psychische Ermüdbarkeit festzustellen. Sichere Entziehungserscheinungen treten nicht auf; über den weiteren Verlauf ist nichts bekannt.

Fall 3: Ein kleiner, körperlich etwas minderwertiger Mann gewöhnt sich auf See an Alkohol. Nach einer Operation bekommt er Veronal und Dicodit, gewöhnt sich an Letzteres, steigert die Dosis von zwei Tabletten im Laufe von zwei Jahren auf 20 täglich, also ungefähr 0,1 gr. Er gibt selber zu, es in der letzten Zeit, wegen der euphorisierenden Wirkung genommen zu haben, um über die „drückende wirtschaftliche Lage hinwegzukommen". Nach einer erneuten Operation bekommt er Morphium, das aber nicht zur Suchtbildung führt. In der letzten Zeit vor der Einlieferung nimmt er neben Dicodid noch Eumecon, und zwar in einer täglichen Dosis von 15 bis 20 ccm (Eumecon enthält zweiprozentiges Morphium). Er kommt dann zur Entziehung freiwillig in die Klinik. Die Libido soll in der letzten Zeit nachgelassen haben. Bei der Aufnahme findet sich ein stark reduzierter Allgemeinzustand mit einer schlaffen welken Haut. Neurologisch ist nur ein starker Tremor der Hände vorhanden. Es treten sehr heftige Entziehungserscheinungen auf: Kopf-, Glieder- und Leibschmerzen, Erbrechen, Schlaflosigkeit und Inappetenz. Während dieser Zeit werden gelegentlich hypochondrische Ideen geäußert. Diese Erscheinungen brauchen über zwei Monate, ehe sie abklingen. Der Patient zeigt schließlich Einsicht und wird in wesentlich gebessertem Zustande entlassen. Über den weiteren Verlauf ist nichts bekannt.

Fall 4: Die Patientin weist eine starke erbliche Belastung mit Neigung zu Verstimmungen auf. Mit 22 Jahren fängt sie

wegen niederdrückender Verhältnisse an, Dicodid zu nehmen, sucht also von vornherein die euphorisierende Wirkung, im Gegensatz zu den beiden ersten Patienten, die das Mittel vom Arzt gegen Schmerzzustände verordnet bekommen. Sie steigert im Lauf von zwei Jahren die Dosis auf 50 Tabletten, also mindestens 0,25 gr. Sie empfindet nach Einnahme des Mittels ein Rauschgefühl, das sie angeblich dazu befähigt, ruhig und zuverlässig zu arbeiten. Wenn die Wirkung des Mittels aufhört, fühlt sie sich schwach, fröstelt, hat Schweißausbrüche und schläft schlecht. Vorübergehend nimmt sie Dicodid in Tropfen bis 40 Gramm (0,2 gr. D.), dazu auch Pantopon und Opium. Mit Hilfe von Phanodormtabletten will sie sich entwöhnt haben, greift aber bald wieder zum Dicodid. Als ihr Morphium leicht zugänglich ist, treibt sie stattdessen Morphium-Mißbrauch (0,2 g pro die), dann jedoch wieder Dicodid, daneben Allional, Luminal und Phanodorm. Gleichzeitig besteht starker Nikotinabusus. Sie macht zwei Suicidversuche, der letzte wird Anlaß zur Klinikaufnahme.

Hier findet sich ein stark reduzierter Allgemeinzustand, ein herabgesetzter Turgor, fahle, schlecht durchblutete Haut. Neurologisch besteht ein positiver Romberg, die Patellar - Sehnen-Reflexe fehlen. Psychisch ist sie sehr gereizt, mißmutig, dabei auffallend distanzlos. Außer leicht vermehrter Schweißsekretion treten keine wesentlichen Entziehungserscheinungen auf. Nach ungefähr einem Monat Klinikaufenthalt wird die schon ausgeglichene Stimmungslage wieder schwankend, sie ist verstimmt und erregt und fügt sich in selbstmörderischer Absicht eine Wunde zu. Ob bei diesem Zustand die endogene Veranlagung die Hauptrolle spielt oder die Mescalininjektion, ist nicht zu entscheiden. Vielleicht kann ihr eine auslösende Wirkung nicht abgesprochen werden.

Nach ungefähr zwei weiteren Monaten Aufenthalt wird sie mit vollster Krankeitseinsicht entlassen und hat vernünftige Zukunftspläne. Über den weiteren Verlauf ist nichts bekannt.

Wichtig ist der Bericht dieser Patientin über die Wirkungen der Mescalininjektion. Darin klagt sie besonders über ihre Unfähigkeit, sich anderen Menschen anzuvertrauen, „einmal ganz losgelöst zu sein". Gleichzeitig betont sie aber ihre aufopfernde Zuneigung zu einer Freundin, so daß man sich des Eindrucks nicht erwehren kann, sie sei mit sich sehr zufrieden und empfinde ihre Gehemmtheit zwar gelegentlich als quälend, im allgemeinen aber als Vorzug. Sie charakterisiert sich als ein „sonniges, lebensfrohes Geschöpf, das bei allen beliebt war". Wenn sie weiter schreibt, daß die schwierige Lage zu Haus ihr große

Sorgen bereitet habe, so hat es den Anschein, als wären diese Sorgen nur an der Oberfläche geblieben, denn ein Zerwürfnis mit einer Freundin bringt sie in eine so verzweifelte Stimmung, daß sie einen Selbstmordversuch macht. Dieser Anlaß rechtfertigt eine solche Tat jedoch in keiner Weise. Wenn man vor allen Dingen bedenkt, daß die Patientin 27 Jahre ist, macht die ganze Schilderung einen infantilen, etwas selbstgefälligen Eindruck. Auch die Idee, die sie äußert, durch ihre Schuld sei die Großmutter erkrankt, hat einen unechten und theatralischen Charakter. Auch ob ihre beiden Selbstmordversuche so ernst zu nehmen sind, erscheint zweifelhaft, denn sie nimmt die Tabletten zu einem Zeitpunkt, daß die Wirkung auf einer klinischen Station eintreten muß, wo ärztliche Hilfe ja stets vorhanden ist. Die Ursachen ihrer Stimmungsschwankungen: ein kränkendes Wort ihrer Freundin, ein ungenügendes Eingehen auf ihr Wesen, kann man — wenn man sich immer wieder vor Augen hält, daß es sich um eine 27jährige Krankenschwester handelt — für unangemessen halten. Nach all dem gewinnt man den Eindruck einer unfertigen, leicht beeinflußbaren Persönlichkeit. So lassen sich auch ihre wiederholten Rückfälle erklären. Daß sie ebenso bedenkenlos Morphium spritzt, als es ihr leicht erreichbar ist, ist unter diesen Umständen nicht verwunderlich. Genügende Gründe für die Ursache ihrer Sucht gibt sie nicht an. Es ist daher sicher anzunehmen, daß neben dem Wunsch, sich recht glücklich und leicht zu fühlen, ein starkes Sensationsbedürfnis und vielleicht Neugierde und Leichtsinn Anteil daran zu haben. Nach allem ist die Persönlichkeit, die sich aus dem Geschilderten ergibt, offenbar für die Sucht prädisponiert.

Fall 5: Ein 29jähriger Arzt, der wegen Neigung zu Bronchitiden und einer in der Jugend durchgemachten Tuberkulose Dicodid verordnet bekommt, gewöhnt sich zwar nicht daran, verspürt aber deutlich Euphorie nach Einnahme des Mittels. Als er infolge schwierig gewordener wirtschaftlicher Verhältnisse an Verstimmungszuständen leidet, erinnert er sich dieser angenehmen Wirkung und beginnt deswegen Dicodid zu nehmen. Er gewöhnt sich so daran, daß er die Dosis bis zu 0,2 g pro die steigert. Da sich bald darauf Schlafstörungen und Benommenheitszustände einstellen, kommt er zur Entziehung in die Klinik. Hier findet sich körperlich nur ein allgemein reduzierter Ernährungs- und Kräftezustand und eine trockene, stellenweise schilfernde Haut. Die in den ersten Tagen auftretenden Durchfälle und profusen Schweißausbrüche und die niedergedrückte Stimmungslage sind typische Entziehungserscheinungen. Sie halten nur etwa acht Tage an. Nach dreiwöchentlichem Auf-

enthalt kann der Patient in gutem körperlichen und ausgeglichenem seelischen Zustand entlassen werden.

Nach kurzer Zeit tritt ein Rückfall ein.

Fall 6: Wie im vorhergehenden ist der Patient hier ein 33jähriger Arzt, der wegen einer ständigen Neigung zu Bronchitiden und Heuschnupfen Dicodid ein ¾ Jahr lang nimmt, an das er sich gleichfalls nicht gewöhnt, obwohl das Mittel eine angenehme Euphorie hervorruft. Sein Dienst zwingt ihn dazu, auch nachts zu arbeiten, und er beginnt, Dicodid zu nehmen, weil er in der dadurch hervorgerufenen gehobenen Stimmung keine Müdigkeit verspürt. Er gewöhnt sich dann sehr rasch an das Mittel und steigert die Dosis von anfänglich 1 bis 2 Tabletten auf 7 bis 8 zu 0,005 täglich. Zwischendurch nimmt er Morphium als Pulver in unbestimmten Mengen. Sobald er versucht, ohne Mittel auszukommen, tritt heftige Unruhe auf, sodaß er nicht davon loskommt. Er wird schließlich von seinem Chef zur Entziehung in die Klinik geschickt. Außer vereinzelten Rasselgeräuschen über den Lungen, sehr lebhaften Reflexen und engen Pupillen findet sich kein krankhafter Befund. Im weiteren Verlauf stellen sich Durchfälle mit Wadenschmerzen, niedergedrückte Stimmung und eine schwere Unruhe als sichere Zeichen der Entziehung ein. Auch während der nächsten vierzehn Tage ist das Verhalten noch wechselnd, nach vier Wochen sind jedoch alle Erscheinungen abgeklungen, und der Patient kann mit vollster Krankheitseinsicht entlassen werden.

Trotzdem wird er wieder rückfällig.

Als wichtig bei der Dicodidsucht ist zusammenfassend folgendes herauszuheben:

In allen fünf Fällen wird die euphorisierende Wirkung des Mittels gesucht. Wie schon am Anfang gesagt wurde, steht Dicodid in dieser Hinsicht dem Morphium wesentlich näher als dem Codein, dem es chemisch verwandter ist. Auffallend ist, daß es in allen Fällen mit Ausnahme des letzteren zu einer starken körperlichen Beeinträchtigung kommt. Die neurologischen Symptome sind dagegen nicht einheitlich. Während nach Meggendorfer Entziehungserscheinungen beim Dicodid nicht auftreten sollen, zeigt sich bei unseren fünf Fällen folgendes: Im ersten Fall nur so geringfügige Entziehungserscheinungen, daß man wohl praktisch von einem Fehlen sprechen kann. Im zweiten Fall sehen wir auffallend starke Entziehungserscheinungen, doch ist nicht klarzustellen, wieviel davon zu Lasten des Eumecons zu schreiben sind. Die Entziehungserscheinungen, die in den drei letzten Fällen auftreten, sind im allgemeinen leichter Natur,

aber doch sicher auf das Dicodid zu beziehen, so daß sich sagen läßt, auch beim Absetzen des suchtmäßig gebrauchten Dicodids treten Entziehungserscheinungen auf. Sie ähneln denen beim Morphium.

Anhangsweise kann gesagt werden, daß auch dem Eumecon die Wirkung eines Suchtmittels zukommt, worauf auch Meggendorfer hinweist; die Anwendung als Morphiumersatz während einer Entziehungskur ist deswegen nicht berechtigt.

c) Eukodal

Fall 7.

R. G., 25 jähr., Medizinstudent.

FA. o. B.

EA. Die Geburt und Entwicklung waren normal. In der Berufsausbildung hatte er keine Schwierigkeiten. Er war starker Raucher und bekam dann gegen eine Raucherbronchitis Dicodid in großen Mengen drei Jahre hindurch. Zwei Monate vor der Klinikaufnahme wurde ihm Eukodal verordnet und seither nahm er tgl. 10 Tabletten zu 0,005 g. Außerdem trank er ziemlich viel Alkohol. Er versuchte dann das Mittel allein abzusetzen, und wegen der starken Entziehungserscheinungen suchte er die Klinik auf. Hier gab er an, seit vier Tagen keine Tabletten mehr genommen zu haben. Seit zwei Tagen bestanden Kopfschmerzen und heftiger Brechreiz.

Aufnahmebefund:

Übermittelgroßer Mann in ausreichendem Ernährungszustand. Die Zunge war belegt. Über beiden Lungen hörte man hinten unten fein- bis mittelblasige Rasselgeräusche, verschärftes Atmen und hypersonoren Klopfschall. Sonst waren die inneren Organe o. B. Die Pupillen waren weit, reagierten aber gut auf Lichteinfall. In den Endstellungen trat ausgesprochener Nystagmus ein. Die Radius-Periost-Reflexe fehlten beiderseits, es bestanden deutliche Hypotonie beider Arme, geringer Tremor manuum und zuweilen myoklonische Zuckungen. Die Patellar-Sehnen-Reflexe fehlten beiderseits. Der Achilles-Sehnen-Reflex war links schwer auslösbar und fehlte rechts ganz. Die Muskulatur, Schienenbeine und Nervenstämme an beiden Unterschenkeln waren stark druckschmerzhaft. Lasègue war beiderseits positiv. Beim Romberg kam es zum Fallen nach rechts.

Verlauf:

Bei der Aufnahme bestanden Kopf- und Gliederschmerzen. Patient erbrach gelbgrünen Schleim, fühlte sich matt und gequält. Gleichzeitig trat eine gesteigerte motorische Unruhe auf, sodaß er unter das Netz gelegt werden mußte. Die Konzentrationsfähigkeit war deutlich erschwert, die Stimmung weinerlich, depressiv, aber auch distanzlos und hochfahrend. Im Bewegungsdrang wurde er handgreiflich. Der Schlaf war anfangs schlecht, besserte sich aber nach acht Tagen. Er wurde auf eigenen Wunsch ohne rechte Krankheitseinsicht entlassen. Nach knapp 14 Tagen kam er wieder freiwillig in die Klinik, da er sich nicht wohl fühlte und unter seiner deprimierten Stimmung stark litt. Als Hauptgrund für sein Wiederkommen gab er körperliche Mattigkeit und Leistungsunfähigkeit an, negierte die Furcht vor einem Rückfall, schien diese Vorstellung aber zu verdrängen.

Aufnahmebefund:

Der Gleiche wie vor drei Wochen.

Im Verlauf von weiteren drei Wochen Klinikaufenthalt blieb die Stimmungslage ziemlich gleichmäßig, der Nachtschlaf war leidlich. Außer einer vermehrten Schweißsekretion hatte der Patient keine Klagen; er wurde entlassen.

Fall 8.

E. G., 43 jähr., Arztgattin.

FA. o. B.

EA. Geburt und Entwicklung waren normal. Sie war jetzt zum zweiten Mal verheiratet und erkrankte vor einigen Jahren an kolikartigen Abdominalschmerzen. Sie wurde operiert und bekam dann, da die Schmerzen nicht besser wurden, Eukodal und Dicodid, kurze Zeit auch Pantopon. Letzteres nahm sie anfangs innerlich, dann subcutan in steigenden Dosen. Nach einer Entziehungskur fingen die Schmerzen aber wieder an, und die Patientin spritzte von neuem Eukodal bis zu 20 ccm. Eine erneute Entziehungskur hatte kurzen Erfolg. Sie verfiel aber bald wieder der Sucht, die diesmal ihren Ausgang von einer Trigeminusneuralgie nahm. Einige Tage nahm sie statt Eukodal Phanodorm, Medinal und Brom.

Aufnahmebefund:

Mittelgroße Frau in gutem Ernährungs- und Kräftezustand. An den inneren Organen, sowie am Zentral-Nerven-System war kein krankhafter Befund zu erheben.

Verlauf:

Schlaf und Appetit waren während des vierwöchentlichen Klinikaufenthaltes immer gut. Die Patientin war heiter, gleichmäßiger Stimmung und in keiner Weise auffällig. Sie wurde entlassen.

Eukodal ist wie Dicodid in seiner Wirkung dem Morphium ähnlich, während es chemisch dem Codein verwandt ist. Auch hier besteht noch teilweise die Ansicht, daß es sich um ein Mittel handelt, das nicht zur Sucht führen könne. Bei seiner Einführung in die Therapie unterlag es anfangs nicht einmal dem Opiumgesetz.

Während Meggendorfer darauf hinweist, daß in den meisten Fällen nervös belastete Menschen zur Eukodalsucht gelangen, ließ sich in unseren beiden Fällen eine erbliche Belastung nicht nachweisen. Im ersten Fall scheint aber schon vor dem Mißbrauch eine allgemeine Neigung zu Süchtigkeit zu bestehen. Beide Kranke erhalten das Mittel zunächst vom Arzt gegen krankhafte organische Zustände verordnet. Die erwünschte therapeutische Wirkung besteht in der weitgehenden Schmerzstillung; es ist deshalb nicht einzusehen, warum gegen die Beschwerden einer Raucherbronchitis Eukodal gegeben wird, da es doch vor allem nur auf die narkotische Wirkung auf das Atemzentrum ankommt. Die große Menge neuer Pharmaca, die die Industrie alljährlich auf den Markt bringt, birgt eine Gefahr

in sich, da viele dieser Mittel suchtmäßig mißbraucht werden können. Dazu kommt, daß der Reklamehinweis, eine suchtmäßige Gewöhnung an das Mittel könne nicht auftreten, irreführend ist, da das Tierexperiment in diesem Sinne nicht auswertbar ist. Denn diese letztere Behauptung läßt sich erst nach jahrelanger praktischer Erprobung aufstellen. Solange nicht von einer Seite Maßnahmen gegen diese falschen Behauptungen ergriffen werden, ist eine vorsichtige Indikationsstellung bei schmerzstillenden- und Schlafmitteln notwendig. Auch hier bietet sich ein Angriffspunkt gegen den immer stärker anwachsenden Mißbrauch von Medikamenten.

Was die Dosierung in beiden Fällen betrifft, so wird im ersten Fall schließlich eine Tagesdosis von 0,05 im zweiten von 0,28 erreicht. Auffallend ist dabei, daß bei dem geringeren Verbrauch im ersten Fall sehr starke Entziehungserscheinungen auftreten, während sie bei der zweiten Patientin gänzlich fehlen. Die individuelle Toleranzgrenze scheint demnach außerordentlich verschieden zu sein, doch kann im ersten Fall der ziemlich starke Alkoholabusus auch eine gewisse Rolle spielen.

Im ersten Fall handelt es sich um einen jüngeren, anscheinend familiär nicht belasteten Mann, von dem ausgesprochen psychopathische Züge nicht bekannt sind, in dessen Wesen aber offenbar eine Neigung zu allgemeiner Süchtigkeit besteht, da er neben dem Eukodalgebrauch sehr viel raucht und trinkt. Nach längerem Dicodidgebrauch, an das er aber nach seinen Angaben nicht suchtmäßig fixiert war, nimmt er zwei Monate Eukodal, dieses jedoch gleich in suchtmäßiger Menge. Wahrscheinlich hat die stärker euphorisierende Wirkung den Ausschlag gegeben, er macht aber darüber keine näheren Angaben. Bei der Aufnahme macht er einen stark erschöpften Eindruck, er erbricht gelbgrünen Schleim, es finden sich noch deutliche Zeichen einer akuten Vergiftung: weite Pupillen, Nystagmus in den Endstellungen. Dagegen sind der Tremor, die myoklonischen Zuckungen, die nicht auslösbaren Radius-Periost- und Patellar-Sehnen-Reflexe sicher Zeichen der chronischen Intoxikation. Wahrscheinlich sind hierher auch die neuritischen Erscheinungen zu rechnen, wenn sie nicht auf Kosten des Alkohol-Mißbrauchs gehen. Ob das cerebellare Taumeln als akutes oder chronisches Symptom zu werten ist, läßt sich nicht sicher sagen. Als psychische Zeichen der Intoxikation finden sich Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen. Auffallend ist die außerordentlich starke motorische Unruhe. Ob auch Halluzinationen bestehen, ist nicht bekannt. Nach acht

Tagen klingt dieser Erregungszustand ab; nach knapp zwei Wochen wird der Kranke ohne rechte Krankheitseinsicht auf eigenen Wunsch entlassen. Er kann sich aber zu Haus nicht einleben und kommt in die Klinik zurück. Bei der zweiten Aufnahme bietet er nichts Auffälliges mehr.

Im zweiten Fall finden wir trotz der hohen Dosierung keine Intoxikationszeichen. Ebensowenig treten Entziehungserscheinungen auf. Über den weiteren Verlauf beider Fälle war nichts in Erfahrung zu bringen.

Obwohl allgemein angenommen wird, Eukodal führe nur in den allerseltensten Fällen zur Sucht, ist von mehreren Autoren das Bild des Eukodalismus beschrieben worden. Die Erscheinungen äußern sich auch dort — ähnlich wie in unserem ersten Fall — in einem körperlichen Verfall: Obstipation, Schlaflosigkeit, Inappetenz und Angst und Unruhe. Beim Fortfall des Mittels kommt es zu heftigen Erregungszuständen, in einem Fall sogar zu einer akuten Psychose mit Halluzinationen und Verwirrtheitszuständen. In einem anderen Fall tritt unter der Entziehung eine Urticaria auf. Der Eukodalismus bietet im wesentlichen kein anderes Bild als der Morphinismus. Die Frage, warum die Kranken statt zum Morphium direkt zum Eukodal greifen, ist nicht eindeutig zu beantworten; der Versuch einer Erklärung ist an anderer Stelle beim Dicodid, wo die Verhältnisse ähnlich liegen, gemacht worden.

Da, wie schon erwähnt, keine bedeutenden Abweichungen von den Symptomen des Morphinismus auftreten, erübrigen sich weitere Ausführungen über das Krankheitsbild des Eukodalismus. — Erwähnenswert scheint noch die auffallende Toleranz gegen die hohen Eukodaldosen im zweiten Fall.

d) Opium

Fall 9.

W. R., 37 jähr. Maschinenbauer.

FA. Bis auf einen Bruder, der von Geburt aus eine Armlähmung hat, o. B.

EA. Geburt und Entwicklung waren normal. In der Berufsausbildung hatte er keinerlei Schwierigkeiten. Im Felde erhielt er einen Bauchschuß, er bekam damals aber kein Morphium oder Opium. Einige Jahre danach machte ein Betriebsunfall mehrere Magenoperationen erforderlich. Er bekam Pantopon, an das er sich gewöhnte; er steigerte die Dosis innerhalb von zwei Jahren bis zu 30 ccm einer 2%igen Lösung tgl. Er machte dann eine Entziehungskur durch, wurde bald darauf wieder operiert, und erhielt diesmal Dicodid. Nach der Entlassung begann er Opium in steigenden Mengen zu nehmen. Zwei Entziehungskuren wurden wegen auftretender Darmblutungen vorzeitig abgebrochen. In der letzten Zeit spritzte er

20 ccm 10%iges Opium. Außerdem war er starker Raucher. Vor neun Jahren heiratete er. Zwei Kinder aus dieser Ehe waren gesund; bei einem Kind fehlte der Mittelhandknochen des rechten Daumens.

Aufnahmebefund:

Großer asthenischer Mann in mangelhaftem Ernährungszustand, nahezu kachektisch. Die Haut ist blaß, die sichtbaren Schleimhäute sind schlecht durchblutet, die Augen sind eingesunken, die Wangen eingefallen. Keine Fettpolster zu fühlen, die Muskulatur ist schlaff. Die Oberschenkel sind mit Einstichnaben übersät, stellenweise sieht man Abszeßbildung.

Die Pupillen sind etwas eng, Bauchdecken-Reflexe nur periostal auslösbar. Sonst findet man am Zentral-Nerven-System keine Besonderheiten.

Verlauf:

Patient machte im allgemeinen einen ruhigen Eindruck, klagte nur selten in den ersten Tagen über geringe Unruhe, Leibschmerzen und Durchfälle. Schlaf und Appetit waren ausreichend. Gegen ärztlichen Rat verließ er vorzeitig die Klinik.

Fall 10.

E. Sch., 30 Jahre, vereh. Dr. ing. ♀.

FA. Vater trank zuweilen, sonst o. B.

EA. Geburt und Entwicklung waren normal. Sie blieb einmal sitzen. Mit 17 Jahren heiratete sie, die Ehe wurde nach einem Jahr wegen Cohabitationsunfähigkeit ihrerseits für ungültig erklärt. Danach Herstellung der Cohabitationsfähigkeit durch Operation. Sie heiratete dann zum zweiten Mal, die Ehe war von Anfang an unglücklich. Ursache soll ein unnatürliches Eheleben von seiten des Mannes gewesen sein. Um einen Abort aufzuhalten, bekam sie vom Arzt Opium verordnet. (32 Tr. stdl.) Als die Ehe immer schlechter wurde, fing sie an, Opium regelmäßig zur Beruhigung zu nehmen. Inzwischen hatte sie zwei Kinder bekommen. Sie machte dann auch einmal einen Suicidversuch mit Veronal, der aber verhindert wurde. Kurze Zeit war sie mit Hilfe von Medinal vom Opium frei, griff jedoch bald wieder danach, als durch den Ehescheidungsprozeß erneute Aufregungen an sie herantraten. Sie bezog das Mittel — mehrere Wochen auch Adalin — aus einer Apotheke ohne Rezept für sehr viel Geld, später von einem Arzt. Patientin kam freiwillig zur Entziehungskur in die Klinik, um den Vorwurf der Süchtigkeit von seiten ihres Mannes zu entkräften.

Aufnahmebefund:

Mittelgroße Frau in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. An den inneren Organen ist kein krankhafter Befund zu erheben.

In den Endstellungen war ein geringer, langsamer, horizontaler Nystagmus festzustellen. Zunge wurde gerade aber zitternd herausgestreckt. Bauchdecken-Reflexe nicht auslösbar. Es fand sich eine allgemeine Hyperalgesie; sonst war das Zentral-Nerven-System intakt.

Verlauf:

In den ersten Tagen litt Patientin unter sehr starken Entziehungserscheinungen, starker innerer Unruhe, allerlei Schmerzen am ganzen Körper und schlechtem Schlaf. Die Stimmungslage war meist mißmutig, gereizt; die Kranke war zeitweise hemmungslos, wurde nach reichlich vierzehn Tagen aber wesentlich ruhiger und ausgeglichener. Nach Abklingen aller Entziehungserscheinungen wurde sie entlassen.

Das Opium, eines der ältesten Suchtmittel der Erde, in China, Indien, Persien noch heut ein Genußmittel von Millionen, wird in Mitteleuropa nur selten mißbraucht. Im Gegensatz zu den Ländern, wo es ein Suchtmittel der breiten Masse ist, wird es bei uns nicht geraucht, sondern meist oral genommen, nur selten gespritzt.

Deswegen haben sich in der Literatur nur zwei ausführlichere Beschreibungen über den suchtmäßigen Gebrauch von Opium und dessen Wirkung finden lassen. Die erste von Farrère hat den Opiumraucher zum Gegenstand, in der zweiten berichtet de Quincey von seinem jahrelangen Opiummißbrauch in Form von Tinktur, „Laudanum".

Beide beschreiben übereinstimmend die beglückende, erhebende Wirkung. Sie sprechen von dem Seelenfrieden, dem Ausdruck höchster Glückseligkeit, vor allem aber von der Fähigkeit, „göttliche, übermenschliche Gedanken von der großartigsten Ordnung, Logik und Harmonie" hegen zu können: „das majestätische Licht des Verstandes erstrahlt". Obwohl das Opium sie einsam macht, sie fern bringt allen Menschen — man nennt es ja auch ein ungeselliges Gift —, erweckt es doch wieder das Gefühl einer „all verbrüdernden Liebe". Gleichzeitig werden alle Gefühle und Instinkte „vergeistigt, gesteigert, verfeinert". Aber bei beiden treten mit der Zeit unangenehme Erscheinungen auf, die sie quälen. Neben scheußlichen Geruchshalluzinationen erleben sie vor allem grausige Gesichtshalluzinationen von Gespenstern, Fratzen, häßlichen Tieren usw. Diese Erscheinungen treten nicht nur unter der Alkaloidwirkung auf, sondern auch in den opiumfreien Zeiten. Begleitet sind diese Gesichte von Depressionen, Mutlosigkeit, Angst und Unruhe. Das Zeit- und Raumgefühl schwindet völlig. Auch der körperliche Verfall macht sich in Schmerzen bemerkbar, „als brenne ein höllisches Feuer in den Eingeweiden", „angstvoll, unregelmäßig klopfendem Herzen", „ekelerregender Übelkeit" und Erlöschen der Potenz. Sie werden abgezehrt, kraftlos, müde, ohne doch schlafen zu können, von blasser Gesichtsfarbe, eingefallenen Wangen bei fieberhaftem, starren Glanz der Augen. Beim Raucher tritt oft ein trockener Husten dazu. Die Entziehungserscheinungen machen sich in einem allgemeinen körperlichen Übelbefinden bemerkbar, Durchfällen oder Obstipation. Geistig tritt an die Stelle der früheren Lebhaftigkeit Stumpfheit. Diese Symptome müssen so stark sein, daß die Patienten immer wieder zum Opium greifen. Quincey bekennt: „Nur durch die Qualen, die mir die Versuche, mich des Opiums zu enthalten, einbrachten, hielt es seine Wirkung über mich aufrecht". Und an einer an-

deren Stelle: „während der ganzen Entwöhnungszeit vom Opium litt ich Qualen eines Menschen, der aus einer Existenz in die andere hinüberwechselt". Das entspricht dem schon einmal Gesagten, daß eine um so stärkere Fixierung an das Mittel eintritt, je heftiger die Entziehungserscheinungen sind. Auffallend ist, daß die Wirkungen und Erscheinungen nach zu langem Mißbrauch von Opium dieselben sind, gleichgültig, ob es geraucht oder in Form von Tropfen genommen wird.

In den uns vorliegenden Fällen treten so starke Erscheinungen nicht auf. Auch über die erstgenannten Wirkungen erhielten wir keine ähnlichen Berichte, obwohl sicherlich beide Patienten, besonders aber Fall 2 eine beruhigende und euphorisierende Wirkung verspürten, da das Mittel genommen wurde, um über die schwierigen Verhältnisse hinwegzubringen, bezw. sie vergessen zu lassen. Diese geringere Wirkung liegt wahrscheinlich an der geringen Menge und der kürzeren Dauer des Mißbrauchs. (Quincey schreibt von 8000 Tropfen täglich und einem achtjährigen Mißbrauch bei einem siebzehnjährigen Gebrauch.) In Fall 1 spielen therapeutische Maßnahmen wegen auftretender Darmblutungen sicher die wichtigste Rolle, so daß die euphorisierende Wirkung, die zu den hohen Dosen den Anlaß gibt, nur die geringere Ursache für den Opiumgebrauch ist.

Interessant ist es, daß Quincey gegen die unangenehmen Zustände während der Entziehung ammoniakalische Baldriantinktur nahm. Unter der Valerianasucht wird über die Kombination von Opium und Baldrian Näheres ausgeführt werden.

In unseren beiden Fällen scheint es sich um erblich belastete Personen zu handeln, wenn auch die Belastung keinen so deutlichen Ausdruck in der Familien-Anamnese findet. Im ersten Fall bekommt ein 37jähriger Mann, der außer einer Kriegsverletzung keinerlei ernstliche Krankheit durchgemacht hat, nach mehreren Magenoperationen infolge eines Betriebsunfalles Pantopon (d. h. also sämtliche Alkaloide als salzsaure Salze im gleichen Mengenverhältnis wie beim Opium). Er gewöhnte sich an das Mittel, steigerte es bald bis zu 30 ccm einer zweiprozentigen Lösung, die er oral zu sich nimmt. Leider gibt er nicht an, aus was für Gründen es zum Abusus kommt, doch ist zu vermuten, daß die euphorisierende Wirkung eine wesentliche Rolle mitgespielt hat. Nach ungefähr drei Jahren macht er eine Entziehungskur, wird bald darauf wieder operiert, bekommt dieses Mal aber vorsichtigerweise Dicodid; gewöhnt sich nicht daran, greift aber bald nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zum Opium. Dieses Mal scheinen organische Zu-

stände eine wesentliche Nebenrolle gespielt zu haben, denn seit dieser Zeit sollen Darmschleimhautblutungen und Darmkrämpfe aufgetreten sein, deretwegen auch zwei spätere Entziehungskuren abgebrochen wurden. Auch das Opium scheint er zunächst oral genommen zu haben, in welcher Dosierung ist nicht ersichtlich. Kurz vor der Einlieferung in die Klinik, die 4½ Jahre nach der letzten Operation erfolgte, hat er begonnen, das Mittel zu spritzen, und zwar will er 20 ccm einer 10prozentigen Lösung gespritzt haben.

Bei der Aufnahme findet sich ein stark reduzierter Allgemeinzustand. Die Abszesse an den Einstichnarben sind ein Zeichen dafür, wie unvorsichtig und sorglos Opiatsüchtige spritzen, nur um rasch genug die Wirkung des Mittels zu verspüren. Neurologisch findet sich außer engen Pupillen kein krankhafter Befund. Psychisch ist er etwas gedrückt, klagt auch in den nächsten Tagen über innere Unruhe. Er selbst gibt an, daß er fürchtet, wieder Darmblutungen zu bekommen. Außer gelegentlichen Durchfällen treten keine Entziehungserscheinungen auf. Patient bricht die Kur vorzeitig ab; über den weiteren Verlauf ist nichts bekannt.

Der zweite Fall ist psychiatrisch interessant. Auf Grund einer organischen Mißbildung ist Patientin zunächst cohabitationsunfähig, und deshalb wird ihre erste Ehe für ungültig erklärt. Nach Operation geht sie eine zweite Ehe ein, in der es jedoch selten zum normalen Geschlechtsverkehr kommt; diesmal scheint eine psychopathische Veranlagung des Mannes die Schuld zu tragen. Um einen drohenden Abort aufzuhalten, bekommt sie vom Arzt Opium verordnet, das anscheinend eine stark euphorisierende Wirkung auf sie ausübte. Als die Ehe immer schlechter wird — sexuelle Konflikte scheinen dabei eine nicht unwesentliche Rolle zu spielen — greift sie wieder zum Opium. Wieviel sie genommen hat, steht nicht fest; es kommt zu einem Suicidversuch mit Veronal. Sie geht dann vorübergehend zu ihren Eltern, wo sie statt Opium Medinal nimmt. Als ein neuerlicher Versuch, die Ehe wieder aufzunehmen, scheitert, greift sie zu Adalin und Pantopon, das sie in Mengen von 20 bis 40 Tabletten täglich nimmt. Die Ehe gerät immer mehr in Verfall, Patientin kehrt zu ihren Eltern zurück und reicht die Ehescheidungsklage ein. Zu Haus nimmt sie nur noch Pantopon und zwar 40 Tabletten täglich. Erwähnenswert scheint, daß sie die Tabletten ohne Rezept aus einer Apotheke erhalten hat. (Leider ist im ersten Fall nicht bekannt, woher der Patient das Opium erhielt.)

Die Kranke kommt dann freiwillig zur Entziehungskur in die Klinik.

Bei der Aufnahme befindet sie sich in einem auffallend guten Allgemeinzustand. Der geringe Horizontalnystagmus in den Endstellungen, sowie der Zungentremor und die allgemeine Hyperalgesie sind wohl als neurologische Zeichen der Sucht anzusprechen, psychisch ist sie laut, hemmungslos und unleidlich. Sie äußert starke Zeichen der inneren Unruhe und hypochondrische Klagen. Der Nachtschlaf ist gestört, der Appetit herabgesetzt. Nach einigen Tagen klingen die Entziehungserscheinungen ab, die Patientin wird entlassen. Über den weiteren Verlauf ist nichts bekannt.

Anhang: Tinct. Valeriana.

Fall 11.

L. K., 37 jähr., Apotheker.

FA. Großvater (mütterlicherseits) hat ziemlich viel getrunken, sonst o. B.

EA. Geburt und Entwicklung waren normal. In der Schule war er ein mittelmäßiger Schüler, er blieb einmal sitzen. Die staatliche Apothekerprüfung bestand er aber mit „gut", im Beruf war er tüchtig. Vor einigen Jahren heiratete er, die Ehe war aber bald zerrüttet wegen Zwistigkeiten mit der Schwiegermutter. (Zwei gesunde Kinder.) Zur Beruhigung nahm er seit einem Jahr Tinct. Valerianae, der er in der letzten Zeit Tinct. Opii beimengte. Anfangs nahm er 3 bis 4 mal täglich 7 Tr., dann 3 bis 4 mal 25. Ungefähr ein Jahr darauf brach er plötzlich zusammen, hatte blutige Stühle mit kolikartigen Leibschmerzen und gelbgrünes Erbrechen, Nachdem er sich wieder erholt hatte, nahm er vorübergehend Veronal, kam aber bald wieder auf Tinct. Val. und Opium zurück. Nach Angaben des Vaters hatte er auch stark geraucht und getrunken, er soll sich in den letzten Jahren auch charakterlich verändert haben; während er früher energisch und verträglich gewesen sein soll, sei er jetzt einerseits hochfahrend, andererseits energie- und ziellos, ohne Freude am Beruf.

Aufnahmebefund:

Asthenischer Mann in mäßigem Ernährungs- und Allgemeinzustand. Haut und sichtbare Schleimhäute waren gut durchblutet, an den inneren Organen kein krankhafter Befund zu erheben, ebenso am Zentral-Nerven-System bis auf geringen Tremor manuum.

Verlauf:

Patient schlief gut, hatte keinerlei Klagen, war unfähig, Stimmung gleichmäßig und ruhig. Während einer zahnärztlichen Behandlung kam er eines Tages angetrunken zurück, auf Vorhaltungen blieb er aber ohne Einsicht. Nach reichlich fünf Wochen wurde er körperlich und seelisch wenig verändert entlassen.

Fall 12.

E. G., 37 jähr., Arzt.

FA. o. B.

EA. Geburt und Entwicklung waren normal. In der Berufsausbildung hatte er keine Schwierigkeiten. Rauchte und trank von jeher. Als Kriegsteilnehmer war er einmal verschüttet. Vor elf Jahren mußte er sich einer Magenoperation unterziehen, seither litt er an spastischen Beschwerden, nahm deswegen Spasmolytica, gelegentlich auch Schlafmittel. Als in seiner Ehe vor vier Jahren Schwierigkeiten auftraten, nahm er seine Zuflucht zum Alkohol und machte deswegen eine Entziehungskur in einer Anstalt durch. Trotz vorübergehender Rheumalgien im linken Bein hielt er sich einige Zeit. Als sich jedoch wirtschaftliche Schwierigkeiten einstellten, verfiel er erneut dem Alkohol, versuchte dann selbst, davon frei zu werden und nahm stattdessen Trinct. Valerianae, der er Laudanon und Belladonna zusetzte. Von diesem Gemisch, dessen genaue Zusammensetzung nicht zu erfahren war, nahm er täglich 30 bis 40 g. Zuweilen nahm er abends auch Veronal 0,5—1,0 g. In der letzten Zeit war er ziemlich leicht reizbar, es kam zu Hause oft zu Streitigkeiten, in deren Verlaufe er tätlich wurde und seine gravide Frau schlug. Darauf kam es zur Klinikeinweisung.

Aufnahmebefund:

Mittelgroßer Mann von vorwiegend asthenischem Habitus und etwas fahler Hautfarbe. Die inneren Organe waren o. B.

Neurologisch bestand eine Druckempfindlichkeit der Nervenstämme des linken Armes und Beines, starker Tremor manuum; der Lasègue war beiderseits positiv. Am Oberbauch fanden sich alte reaktionslose Narben, in deren Bereich Druckschmerzhaftigkeit bestand. Psychisch befand er sich in einer gedrückten Stimmungslage, war leicht gereizt und zeigte keinerlei Krankheitseinsicht.

Verlauf:

Am nächsten Tage war er ablehnend, nörglig, ironisch. Starke Entziehungserscheinungen in Form von Durchfällen, Schweißausbrüchen und Frösteln traten auf. In der nächsten Woche klagte er über Schmerzen im linken Oberarm. Die Entziehungserscheinungen klangen überraschend gut und schnell ab. Ohne Krankheitseinsicht, aber körperlich gebessert, wurde er nach fünf Wochen entlassen.

Die berauschende Wirkung der Tinct. Valerianae auf Katzen und kleine Kinder ist bekannt. Über die Art der Einwirkung auf den Organismus herrscht Uneinigkeit. Teilweise wird eine resorptive Wirkung abgelehnt, man nimmt vielmehr eine Wirkung des Duftes auf das Nervensystem direkt an. Deswegen gilt es von jeher als Antihystericum. In England nahm man es in früheren Jahrhunderten als Taschentuchparfüm. Die Wirkung auf Erwachsene ist gering. Unsere beiden Fälle sind an sich keine reinen Baldriansuchten. Die auftretenden Intoxikationserscheinungen sind wohl vor allem dem beigemischten Opium zuzuschreiben. Immerhin ist auffallend, daß in beiden Fällen die Medikamentensucht mit Baldrianmißbrauch beginnt und dieses auch ziemlich lange als Suchtmittel allein genommen wird. Wahrscheinlich hat aber auch eine Erhöhung der Baldrian-

menge nicht mehr die gewünschte Wirkung herbeigeführt, so daß Opium bezw. Laudanon und Belladonna zugemischt werden.

Im ersten Fall besteht eine sichergestellte erbliche Belastung. Auch schon vor Beginn des Mißbrauchs scheinen psychopathische Züge in der Persönlichkeit des Süchtigen hervorgetreten zu sein. Im zweiten Fall ist über die Belastung nichts bekannt. Aber auch schon vor Beginn des Medikamentenmißbrauches bestand eine allgemeine Süchtigkeit, die im starken Alkohol-Abusus ihren Ausdruck findet. Die Persönlichkeit zeigt schon frühzeitig psychopathische Züge, die nicht dem Mißbrauch zuzuschreiben sind. Im ersten Fall fängt ein körperlich gesunder Mann wegen Eheschwierigkeiten an, Baldrian zu nehmen. Leider ist die Menge nicht bekannt; dieser Mißbrauch besteht zirka ein Jahr. In den letzten Wochen mischt er Tinct. Opii bei und zwar in steigenden Mengen von drei- bis viermal täglich 6 Tr. auf drei- bis viermal 25 Tr. Während der Sucht sollen nach Angaben des Vaters Charakterveränderungen aufgetreten sein. Der angeblich früher energische und verträgliche Patient sei energielos und reizbar geworden, vor allem habe auch das Berufsinteresse nachgelassen. Bei der Aufnahme findet sich außer einem reduzierten Ernährungszustand und einem geringen Tremor der Hände kein Zeichen der Sucht. Es besteht eine Depression; wieviel davon der Valeriana-Sucht zuzuschreiben sind (Poulsson berichtet von Depressionszuständen nach längerem Baldriangebrauch), wieviel als Reaktion auf die häuslichen Verhältnisse betrachtet werden kann, ist nicht zu entscheiden. Eigentliche Entziehungserscheinungen treten nicht auf. Während des fünfwöchigen Klinikaufenthaltes tritt keine Änderung des Zustandsbildes ein. Patient wird auf eigenen Wunsch entlassen.

Über den weiteren Verlauf ist nichts bekannt

Im zweiten Fall versucht der Kranke durch täglichen Gebrauch von 30—40 g Tinct. Valerianae eine Alkoholentziehungskur durchzuführen; außerdem nimmt er zuweilen abends 0,5 bis 1,0 g Veronal. Bald setzt er Laudanon und Belladonna zu, er wird dann reizbarer, schließlich erfolgt die Klinikeinweisung wegen starker Erregungszustände. Hier finden sich neuritische Erscheinungen, bei deren Entstehung wohl der Alkohol eine Rolle spielt, und ein Tremor manuum. Auch dabei muß man wohl den Alkohol als Hauptursache ansehen. Die ziemlich heftigen Entziehungserscheinungen sind dagegen zweifellos dem Opiatmißbrauch zuzuschreiben. Psychisch befindet sich der

Patient in einer gedrückten Stimmungslage; er ist leicht reizbar und ohne Einsicht.

Da die psychischen Symptome denen im ersten Fall gleich sind, darf sicher der Baldriangebrauch dafür verantwortlich gemacht werden.

Es könnte in Erwägung gezogen werden, daß eine kombinierte Wirkung von Alkohol — da es sich meist um eine alkoholische Tinctur handelt —, und Valeriana zustande kommt: und zwar einerseits eine Euphorisierung durch Alkohol, andererseits eine Beruhigung infolge der herabgesetzten Rindenerregbarkeit, hervorgerufen durch Valeriana. Da aber bei großen Mengen die ätherische Wirkung gegenüber der alkoholischen überwiegt, kommt es bei Vergiftungserscheinungen zum Bilde der Valeriana-Intoxikation, die sich in Übelbefinden, Kopfschmerzen, sowie Exzitationserscheinungen und epileptiformen Krämpfen äußert, und nicht zu dem der Alkohol-Vergiftung.

Bemerkenswert scheint es noch, daß Valeriana und Opium — zwei scheinbare Gegensätze — zusammen genommen werden. Da Valeriana eine vorwiegend beruhigende Wirkung ausübt, kann es die evtl. auftretenden unangenehmen Halluzinationen und Mißempfindungen, die Opium hervorruft, bezw. die nach Abklingen der Alkaloidwirkung auftreten, ausgleichen, sodaß nur die angenehme Wirkung von Opium genossen werden kann.

Eine eigentliche Schädigung durch Tinct. Val. läßt sich nicht nachweisen; auch ergeben unsere Fälle nicht das Bild der reinen Baldriansucht. Man könnte deshalb besonders Fall 2 unter die gemischte Sucht rechnen, da neben Baldrian- und Opiummißbrauch auch Alkohol und Veronal suchtmäßig gebraucht werden. Weil aber in der Literatur über langdauernden Valeriana-Mißbrauch nichts bekannt ist, dieser hier aber in vorherrschendem Maße besteht, scheint die Aufnahme unter eine eigene Rubrik gerechtfertigt.

B. NARCOTICA.

a) Chloroform

Fall 13 .

K. K., 38 jähr., Apothekerin.

FA. o. B.

EA. Geburt und Entwicklung waren normal. Mit 24 Jahren begann sie zu studieren. Sie hatte immer viel Verkehr mit Männern, der sie aber nicht befriedigte, masturbierte daher auch oft. Über die

Ursachen ihrer Süchtigkeit machte sie folgende Angaben: sie sei von zwei Studenten chloroformiert worden, weil sie sich dem Geschlechtsverkehr mit ihnen widersetzt habe. Während der Narkose verspürte sie ein angenehmes Gefühl der Ruhe und Geborgenheit. Von da ab nahm sie Cloroform öfters, um sich in diesen angenehmen Zustand versetzen zu können. Sie goß das Chloroform auf das Taschentuch und atmetete es dann ein. Anfangs machte sie es nur nachts, häufig im Anschluß an masturbatorische Handlungen, dann aber auch am Tage. Vier Jahre lebte sie bei der Mutter, während dieser Zeit will sie frei davon gewesen sein. Als sie wieder in eine Apotheke kam, begann sie sofort wieder von Neuem. Der Apothekenbesitzer merkte es und schickte sie zur Entziehungskur in die Klinik.

Aufnahmebefund:

Mittelgroße, kräftige Frau in sehr gutem Ernährungszustand. Haut und sichtbare Schleimhäute waren gut durchblutet. Das Gesicht machte einen etwas gedunsenen Eindruck. Sowohl an den inneren Organen als am Zentral-Nerven-System war kein krankhafter Befund zu erheben.

Verlauf:

Die Patientin zeigte in den ersten Wochen ein wechselndes Verhalten, war teilweise unlustig, schwer zugänglich, gedrückt, dann wieder gleichmäßig und heiter. Der Nachtschlaf war auf mittlere Schlafmittelgaben hin ausreichend; nach vier Wochen wurde sie mit völliger Krankheitseinsicht in ausgeglichenem Zustand entlassen.

Die Chloroformsucht ist eine äußerst seltene Erscheinung; bis jetzt sind nur wenige Fälle von Ärzten und Apothekern bekannt. Auch in dem vorliegenden Fall handelt es sich um eine Apothekerin. In den bekannten Fällen gaben Verstimmungszustände den Anlaß zur Sucht. Demgegenüber nimmt unser Fall eine Sonderstellung ein, da Chloroform hier offenbar zur Erzielung sexueller Erlebnisse im Rausch genommen wird. Die Angaben über das Bekanntwerden mit dem Suchtmittel wollen wir für wahr halten, obwohl es sich schon damals natürlich um reine Rauscherlebnisse gehandelt haben kann, die später eine falsche Ausdeutung erfahren haben. Die Kranke ist eine erotisch äußerst triebhafte Persönlichkeit, die schon vor der Bekanntschaft mit dem Mittel vielfachen Männerverkehr hatte und trotzdem noch häufig masturbierte. Wie auch die Erlebnisse des ersten Chloroformrausches gewesen sein mögen, zumindestens bleibt ihr ein angenehmes Gefühl der Ruhe und Geborgenheit, das ihr in dieser Form früher unbekannt war. Dieses neue außergewöhnliche Erlebnis muß einen starken Eindruck hinterlassen haben und zwingt die Kranke, die durch eine bisher mangelnde Erlebnistiefe nie zu einer Triebentspannung gekommen ist, sich erneut mit Hilfe von Chloroform in diesen angenehmen Zustand zu versetzen. Die häufige Koppelung des neuen Erlebnisses mit masturbatorischen Hand-

lungen macht es ziemlich wahrscheinlich, daß es bei ihren Chloroformrauschzuständen zu Lösungen sexueller Spannungen kommt.

Da die Kranke vier Jahre lang, während sie sich bei der Mutter aufhält, also keine Gelegenheit hat, sich das Mittel zu beschaffen, frei davon war, muß bei der sonstigen Bereitwilligkeit der Auskunftgabe wohl als tatsächlich angesehen werden. Zu anderen Suchtmitteln scheint sie in dieser Zeit nicht gegriffen zu haben.

Wenn man bedenkt, daß viele Menschen das Erlebnis des Chloroformrausches haben und es trotz der meist unangenehmen Nebenerscheinungen als angenehm empfinden, es aber bis jetzt doch nur bei Ärzten und Apothekern zu einer Sucht gekommen ist, so muß man annehmen, daß es neben der leichten Beschaffungsmöglichkeit eine bestimmte Veranlagung ist, die es gerade zur Chloroformsucht kommen läßt. Das ist besonders der Morphiumsucht gegenüber hervorzuheben, wo das Mittel den Menschen derartig stark in seinen Bann schlägt, daß es immer wieder beschafft wird auch zu Zeiten, wo ein moralischer Verfall noch nicht nachzuweisen ist, sogar auf kriminellem Wege. Dieser grundlegende Unterschied scheint sich nicht nur aus der Persönlichkeit der Süchtigen zu erklären. Eine wesentliche Ursache liegt sicher in der Stärke der Entziehungserscheinungen, wenn man die Reihe der bekannten Suchtmittel überblickt, sieht man, daß, je stärker sich die Entziehungserscheinungen bemerkbar machen, um so stärker auch die Fixierung an das Mittel ist.

In den zitierten Fällen von Rehm aus dem Jahre 1885 treten im Gegensatz zu unserer Kranken während der Entziehung ängstliche Erregungen mit deutlicher Benommenheit und optischen Sinnestäuschungen auf. Aber auch dort traten ängstlich-depressive Stimmungen zutage, deren Ursache vielleicht in einer Herzschädigung liegt, da Chloroform ein Herzmuskelgift ist. Dieser gedrückte Zustand und die sonst noch angeführten Erscheinungen bei Rehm, Pohlisch und Meggendorfer, wie weinerliche Affektschwankungen, Stumpfheit bei gesteigerter Reizbarkeit, rauschartiger Benommenheit, nächtliches Aufschrecken mit morgendlichem Abgeschlagensein, Mißempfindungen, Abmagerung, Leberschwellung, sowie Schwäche des Gedächtnisses und der übrigen geistigen Funktionen machen sich aber auch schon vor Ausbruch der Psychose und auch in Fällen ohne eine solche bemerkbar, sodaß sie nicht zu den

Entziehungserscheinungen gerechnet werden können. Sie fehlen bei unserer Kranken insgesamt. Dabei fällt eine gewisse Ähnlichkeit mit dem Bild des chronischen Alkoholismus auf. Psychosen während der Entziehung, wie oben angeführt, sind aber sehr selten. Auch über andere Entziehungserscheinungen ist in der Literatur nichts bekannt, sodaß es den Anschein hat, als seien sie beim Chloroform wenig ausgeprägt.

Leider ist über die Dosierung des Mittels nichts bekannt, doch dürfte sie ziemlich hoch gewesen sein, denn die Kranke gibt an, daß sie vor Einatmen des Chloroforms die Flasche gleich so neben sich gestellt habe, daß sie beim Aufwachen sofort wieder zur Hand war.

Nachdem die Kranke wieder eine neue Stelle in einer Apotheke erhalten hat, das Mittel ihr also wieder leicht zugänglich wird, verfällt sie erneut der Sucht. Besondere Anlässe weiß sie dafür nicht anzugeben; man kann daher annehmen, daß die leichte Erreichbarkeit des Erlebnisses alle Hemmungen schwinden läßt. Dieser neue Mißbrauch scheint außerordentlich stark gewesen zu sein, denn die Sucht fällt auf, und deshalb erfolgt die Klinikeinweisung. Hier finden sich keinerlei neurologische Symptome der Sucht. Von den körperlichen Erscheinungen kann vielleicht das gedunsene Gesicht der chronischen Chloroform - Intoxikation zugeschrieben werden. Sonst ist bei unserer Patientin der gute Allgemeinzustand auffallend. Bei allen in der Literatur veröffentlichten Fällen wird besonders der rasch einsetzende körperliche Verfall wie Abmagerung, Appetitmangel, Erbrechen und Kreislaufstörungen betont. Merie beschreibt einen Mann, der mit vollkommenem Marasmus nur noch im Bett liegen konnte.

Psychisch ist die Kranke zunächst mehrere Tage abgesperrt gegen die Umwelt, unlustig, zeitweise sehr depressiv. Der Kontakt wird jedoch bald wieder gefunden, die Unlust macht dem Wunsch nach Beschäftigung Platz. Immerhin bleibt die wechselnde Stimmung noch einige Tage. Wie oben erwähnt, sind Entziehungserscheinungen nicht aufgetreten. Über den weiteren Verlauf ist nichts bekannt.

C. HYPNOTICA.

a) Harnstoffderivate: Abasin

Fall 14.

K. W., 28 jähr., Arzt.

FA. o. B.

EA. Geburt und Entwicklung waren normal. Während des Medizinstudiums konnte er, wie er angab, kein Blut sehen; ein Arzt riet ihm, gegen diese Schwäche Abasin zu nehmen. Danach verspürte er eine erhöhte Leistungsfähigkeit und größere Sicherheit, sodaß er begann, es bei besonderen Anlässen zu nehmen. Seit 2½ Jahren nahm er täglich 30 bis 40 Tabletten. Mit der Zeit merkte er, daß das Gedächtnis nachließ, die Libido geringer wurde, er selbst sich in einer sehr deprimierten Stimmung befand. Gelegentlich äußerte er sogar Selbstmordideen. Der Bruder (auch Arzt) schickte ihn daraufhin in die Klinik zur Entziehungskur.

Aufnahmebefund:

Asthenisch gebauter junger Mann in reduziertem Ernährungs- und Kräftezustand. Haut und sichtbare Schleimhäute waren gut durchblutet. Außer einer starken Pulsverlangsamung mit 50 Schlägen in der Minute zeigte sich kein krankhafter Befund an den inneren Organen. Neurologisch fand sich starkes Lidflattern, leichtes Zungenzittern, Tremor manuum, der bei Intention stärker wurde, und deutliche Unsicherheit beim Finger-Nasen-Versuch. Beim Fuß-Augenschluß bestand leichtes Schwanken.

Verlauf:

In den ersten 14 Tagen zeigte Patient starke innere Unruhe und Stimmungslabilität. Am elften Tag trat eine Urticaria auf, am vierzehnten ein kurzdauernder Anfall: Der Patient hatte den Kopf nach hinten gebeugt, die Augen waren nach rechts oben gedreht, die Pupillen reagierten nicht auf Lichteinfall, Puls und Atmung waren stark beschleunigt. Nachher lag der Kranke mit cyanotischem Gesicht im Bett, die Reflexe waren gesteigert. Gegen Abend wurde er aufgeregt, schwitzte stark, schlief dann nachts sehr unruhig. In den nächsten vier Wochen fühlte er sich im allgemeinen wohler, war aber noch immer unsicher und konnte sich nicht konzentrieren. Wiederholt litt er an Schweißausbrüchen, Kopfschmerzen und Pulsbeschleunigung. Nach weiteren vier Wochen erschien er psychisch unauffällig, er konnte entlassen werden.

Dieser Fall nimmt im Bereich der Arbeit insofern eine Sonderstellung ein, als unseres Wissens bisher nur ein Fall von längerem Abasingebrauch mitgeteilt worden ist, bei dem das Mittel aber keine euphorisierende, daher nicht direkt suchtbildende Wirkung hatte. Es wurde vielmehr dort bei einer Polycythämie mit Blutdruckerhöhung als Beruhigungsmittel genommen; nebenher wurden außerdem noch mehrere andere Mittel gegen die Polycythämie angewandt. Von anderen Autoren wird sogar ausdrücklich betont, Abasin sei lediglich ein Sedativum ohne suchtbildende Wirkung, das nur gelegentlich Kopf-

schmerzen und Hautjucken verursache. In unserem Fall dagegen wird es rein suchtmäßig mißbraucht und zeigt außerordentlich starke Intoxikations- und Entziehungserscheinungen.

Abasin steht chemisch dem Adalin nahe, es ist ein acetyliertes Adalin. Während letzteres eine ganz ausgezeichnete hypnotische Wirkung hat — Renner bezeichnet es als „bestes Einschlafmittel" —, wirkt Abasin wesentlich milder, so daß es eigentlich nur als Beruhigungsmittel seine Verwendung findet. Pohlisch beschreibt einen Fall von akuter Abasin-Vergiftung, bei dem nach Einnahme von 9½ g Übelkeit und heftiges Erbrechen auftraten. Schläfrigkeit oder Benommenheit konnten nicht beobachtet werden.

In unserem Fall handelt es sich um einen Medizinstudenten, der angeblich kein Blut sehen kann. Es wird ihm geraten, Abasin dagegen zu nehmen. Das Mitttel wirkt auffalllend stark, der Kranke fühlt nach Einnahme Wohlbefinden und vor allem gesteigerte Sicherheit. Nach Überwinden der ursprünglichen Schwäche, die Anlaß zum Gebrauch des Mittels gibt, wendet er es deswegen später bei solchen Anlässen an, wo es ihm auf einen gehobenen Zustand ankommt. Nach ungefähr drei Jahren macht er Staatsexamen, auch da kommt es noch nicht zu einem suchtmäßigen Mißbrauch. Immerhin scheint er bei der gelegentlichen Einnahme des Mittels allmählich mit der Dosis hochgegangen zu sein, denn als er es 1½ Jahre später täglich einnimmt, es also nun zur ausgesprochenen Sucht kommt, ist die Tagesdosis bereits 30 bis 40 Tabletten, d. h. 7,5 bis 10,0 g täglich. Erinnern wir uns an den oben zitierten Fall von Pohlisch, bei dem es nach einmaliger Einnahme von 9 g zu Übelkeit und Erbrechen kam, so müssen wir, wenn auch diese Menge über den ganzen Tag verteilt und Abasin im Körper schnell abgebaut wird, dennoch annehmen, daß es bereits zu einer echten Gewöhnung gekommen ist, das bedeutet eine starke Steigerung der Toleranzgrenze.

Bei Versuchen, von dem Mittel loszukommen, sollen sehr schwere Entziehungserscheinungen aufgetreten sein: Schwitzen, Durchfälle, Tremor, psychisch das Gefühl einer großen Unsicherheit. So nimmt Patient das Mittel immer weiter. Nach ungefähr 2½ Jahren des suchtmäßigen Gebrauchs kommt es zu einem starken Nachlassen des Gedächtnisses und einer Verringerung der Libido, zuletzt zu einer sehr verzweifelten Stimmungslage, bei der auch Selbstmordabsichten geäußert werden. Diese letzteren Erscheinungen sind vielleicht weniger dem Mittel selbst zuzuschreiben, als dem Konflikt: weitere

Einnahme des Mittels — weiteres Nachlassen des Gedächtnisses, also Verfall der Arbeitsfähigkeit überhaupt einerseits, andererseits die außerordentlich starken Entziehungserscheinungen bei Absetzen des Mittels, die er meint, nicht überwinden zu können.

Bei der Einlieferung in die Klinik findet man einen reduzierten Allgemeinzustand, eine ausgesprochene Bradykardie, die aber nicht nur als akute Wirkung des kurz vorher eingenommenen Mittels aufgefaßt werden kann, da sie längere Zeit bestehen bleibt, sogar nach radikalem Absetzen zunächst noch zunimmt. Ähnlich ist es mit den stark erweiterten Pupillen, die sich über eine Woche noch finden. Ferner besteht Tremor der Zunge und der Hände, letzterer wird bei Intention wesentlich stärker. Als cerebellares Symptom zeigt sich ein positiver Romberg und eine deutliche Unsicherheit beim Finger-Nasen-Versuch. Die allgemein nervösen Erscheinungen wie Lidflattern und der lebhafte Dermographismus können wohl weniger einer direkten Mittelwirkung als der allgemeinen Konstitution zugeschrieben werden. Auffallend ist die starke Verwaschenheit der Sprache, die Merk- und Gedächtnisschwäche. Die Stimmungslage ist depressiv, auch scheint eine starke innere Unruhe zu bestehen. Zunächst sind die Entziehungserscheinungen gering.

Vierzehn Tage nach der radikalen Absetzung des Mittels kommt es gegen Mittag zu einem Anfall. Der Kopf ist nach hinten gebeugt, die Bulbi sind nach rechts oben gedreht, die Pupillen sind lichtstarr, die Gesichtsfarbe ist cyanotisch, der Puls beschleunigt. Der Anfall dauert nur kurze Zeit. Danach ist Patient sehr matt, es besteht längere Zeit eine Steigerung der Reflexe, die Pulsbeschleunigung hält mehrere Wochen an, in der Folgezeit kommt es noch öfters zu heftigen Schweißausbrüchen. Sechs Wochen nach Beginn der Entziehungskur kann sich der Kranke aber noch immer nicht konzentrieren und fühlt sich deshalb äußerst unsicher. Nach achtwöchigem Aufenthalt wird er wesentlich gebessert entlassen. Krankheitseinsicht hat eigentlich von Anfang an bestanden. Der Kranke war vor einem halben Jahre an einem Gesundheitsamt aushilfsweise beschäftigt, er nahm angeblich keine Mittel mehr, machte auch nicht den Eindruck. Besonderer Erwähnung bedarf der oben beschriebene Anfall: es handelt sich um einen tonischen Krampf, auch noch längere Zeit ist Reflexsteigerung vorhanden. Solche Störungen sind bei Intoxikationen mit Schlafmitteln bisher nur bei Barbitursäurederivaten beobachtet worden. Auch das Zusammentreffen articulatorischer Sprachstörungen mit Gedächt-

nis- und Merkschwäche nach chronischem Schlafmittelmißbrauch ist nur dort bekannt.

Alles in allem ist zu sagen, daß man im Abasin wenigstens bei dieser hohen Dosierung ein sehr gefährliches Suchtmittel vor sich hat. Die Gefahr besteht vor allem in der echten Gewöhnung an das Mittel, wie in den heftigen Entziehungserscheinungen, die dem Betreffenden das Freiwerden davon sehr erschweren. Wenn auch bis jetzt nur vereinzelte Fälle von Abasinsucht bekonnt geworden sind, so ist doch vor einer allzu freigibigen Verordnung zu warnen in Fällen, wo andere Sedativa, vor allem Brom- und Baldrianpräparate, den gleichen Zweck verrichten. Auch dürfte es evtl. zweckmäßig erscheinen, für Abasin die Rezepturpflicht einzuführen.

Erwähnenswert ist noch, daß der schon eingangs erwähnte Fall Hauterscheinungen bot, wie sie Morawitz als „hämorrhagische Diathese unter dem Bilde einer Purpura Majochii" beschrieb. Da sich bei unserem Patienten am elften Tag des Klinikaufenthaltes eine Urticaria einstellte, könnte an einen ursächlichen Zusammenhang mit dem Abasin gedacht werden, nur daß hier die Entziehung als auslösender Faktor gewirkt hat. Es scheint nicht ausgeschlossen, daß der veränderte Stoffwechsel Kreislaufstörungen in der Peripherie hervorgerufen hat so daß derartige Hauterscheinungen auftraten.

Hinzuzufügen wäre noch, daß bei der Einstellung der Schlafmittel unter lokalisatorischen Gesichtspunkten (Pick und Molitor) das Abasin als reines Rindenmittel galt, während wir in unserem Fall ausgesprochene Hirnstammerscheinungen fanden.

b) Barbitursäurederivate

1. Veronal

Fall 15.

G. P., 43 jähr., Volksschullehrer.

FA. o. B.

EA. Geburt und Entwicklung waren normal. In der Berufsausbildung hatte er keine Schwierigkeiten. Wegen eines Herzfehlers war er nicht im Feld. Von jeher litt er an rechtsseitigen Kopfschmerzen mit Übelkeit und Erbrechen. In größeren Abständen trank er Alkohol, wonach er Erregungszustände bekam, in denen er aggressiv gegen Frau und Tochter wurde. Außerdem rauchte er viel und trank viel starken Kaffee. Aufregungen politischer und beruflicher Art machten ihn in der letzten Zeit schlaflos und drückten seine Stimmung herab. Er begann daraufhin, Veronal zu nehmen. Bald zeigten sich Gleichgewichtsstörungen, späterhin kam es an zwei aufeinanderfolgenden Abenden zu Erregungszuständen, obwohl er nur an einem Abend

mäßig Alkohol getrunken hatte. Er wurde gegen Frau und Tochter tätlich und zerschlug Geschirr. Daraufhin kam er freiwillig zur Entziehung in die Klinik.

Aufnahmebefund:

Mittelgroßer, kräftiger Mann in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Haut und sichtbare Schleimhäute waren gut durchblutet. Es bestand angedeutet Turmschädelbildung. An den inneren Organen war kein krankhafter Befund zu erheben. Die Hirnnerven waren außer geringer Pupillenungleichheit o. B., Gordon, Oppenheim angedeutet positiv, sonst war das Zentral-Nerven-System intakt.

Verlauf:

In den ersten Tagen zeigte der Patient ein demonstratives Verhalten, war zu den Mitpatienten leutselig, erzählte jedem von seiner anstrengenden Tätigkeit, machte dabei aber einen gespannten, unruhigen Eindruck, schlief nachts dagegen ohne Mittel gut. Auch sonst klagte er nicht über körperliche Beschwerden. Nach ungefähr zwei Wochen fanden sich keine pathologischen Zehenreflexe mehr. Nachdem die Stimmung schon ausgeglichen war, trat nach weiteren vier Wochen plötzlich wieder der alte gereizte Zustand ein. Auf Zureden zeigte er Einsicht und kam ohne Mittel über den Zustand hinweg. Gelegentlich klagte er über Kopfschmerzen, doch konnten eigentliche Migräneanfälle nicht beobachtet werden. Nach vier Wochen wurde er ohne überzeugende Krankheitseinsicht entlassen.

Fall 16.

O. P., 55 jähr., Witwe.

FA. Vater und Bruder der Patientin begingen Suicid, eine Schwester litt an Migräne.

EA. Geburt und Entwicklung waren normal. Sie heiratete mit 20 Jahren und hatte sechs Kinder, von denen vier im Kleinkindalter starben. Mit 38 Jahren war sie zum ersten Mal längere Zeit schlaflos und nahm deswegen Veronal. Ein Jahr darauf, nach dem Tode ihres Mannes, fing sie an, auch tagsüber öfters Veronal zu nehmen. Als acht Jahre später ihr Lieblingssohn starb, geriet sie in eine wochenlang anhaltende, tiefere Depression mit Suicidideen, in der sie erneut zum Veronal griff. Von da ab nahm sie regelmäßig Veronal bis zu 3—4 Tabletten täglich abends, und 2 am Tage. Seit drei Jahren litt sie an Incontinentia Urinae, lag deswegen fast beständig im Bett, klagte auch über Schmerzen im rechten Handgelenk und Schwäche in den Beinen beim Laufen.

Zweimal hatte sie eine linksseitige Facialisparese, angeblich nach Erkältung. Sie kam freiwillig in die Klinik zur Entziehungskur.

Aufnahmebefund:

Fette, aufgeschwemmte Frau in überreichlichem Ernährungszustand, die Haut war dünn, trocken, blaß, fühlte sich schwammig und weich an. Sichtbare Schleimhäute waren schlecht durchblutet. An den Unterschenkeln fanden sich leichte Ödeme. Die inneren Organe waren gesund. Das rechte Handgelenk, der Handrücken waren geschwollen, fühlten sich aber nicht heiß an. Die Bewegungen waren angeblich schmerzhaft, aber weitgehend möglich. Linke Gesichtshälfte deutlich paretisch. Rechte Pupille reagierte nicht auf Lichteinfall. Die übrigen Hirnnerven waren intakt. Erst bei längerem Fuß-Augen-

schluß trat grobes Schwanken ein, der Gang mit geschlossenen Augen war unsicher, sonst war am Zentral-Nerven-System kein krankhafter Befund. — Im Urin fanden sich reichlich Leukocyten und Epithelien.

Verlauf:

Nach sofortigem Absetzen des Mittels war die Patientin sehr stimmungslabil, neigte zu hypochondrischen Klagen, äußerte Suicidabsichten. Daneben war sie betriebsam und geschäftig, hatte vielerlei zu nörgeln. Der Nachtschlaf war sehr schlecht, noch nach fast 10wöchigem Aufenthalt brauchte sie Schlafmittel. Nach knapp drei Wochen wurde sie plötzlich wieder auffallend depressiv, erklärte, sie hätte „wahnsinnigen Hunger nach Veronal". Sie war mit ihrer Lage sehr unzufrieden, reagierte in keiner Weise auf Zuspruch. Fing dann endlich nach energischem Zureden an, sich an der Arbeitstherapie zu beteiligen, brauchte aber auch weiterhin für die Nacht Suggestivmittel. Erst nach ungefähr vier Monaten fing die Stimmung an, ausgeglichener zu werden, sodaß sie entlassen werden konnte. Hypochondrische Klagen brachte sie aber bis zuletzt vor.

Ein eigentlicher Rückfall ist unter ständiger Führung in drei Jahren nicht eingetreten, wenn die Patientin gelegentlich auch wieder das Veronal nahm. Immerhin ist sie fast nie ganz frei von irgendwelchen Mitteln gewesen.

In beiden Fällen wird das Mittel zunächst als Schlafmittel genommen. Als Übergang zur Sucht ist wohl der Zeitpunkt anzusehen, an dem Veronal auch tagsüber genommen wird. Es ist ein deutliches Zeichen der schon bestehenden Gewöhnung an das Mittel, daß es auch tagsüber ohne Schlafwirkung gebraucht werden kann. Im ersten Fall steht die Dosierung nicht fest. Wahrscheinlich ist sie aber ziemlich hoch gewesen, da sehr bald eine kumulative Wirkung eintrat — Veronal wird nur sehr langsam wieder ausgeschieden — die sich in Form von Benommenheit und schwankendem Gang zeigte. Im zweiten Fall werden zum Schluß im Laufe des Tages 1 g und abends 1½ bis 2 g verbraucht. Auch diese Steigerung ist ein Zeichen einer echten Gewöhnung.

Fall 15: Ein familiär nicht belasteter Mann, der zeitweise an anfallsartigen, einseitigen Kopfschmerzen mit Übelkeit leidet, ziemlich viel raucht und starken Kaffee trinkt, greift wegen Schlaflosigkeit infolge dienstlicher Aufregungen zum Veronal. Nach kurzer Zeit nimmt er es auch tagsüber als Beruhigungsmittel. Er befindet sich dann in einem Zustand von Schlaftrunkenheit, taumelt auch beim Gehen. Kurze Zeit darauf kommt es nach nur mäßigem, einmaligem Alkoholgenuß an zwei aufeinanderfolgenden Abenden zu schweren Erregungszuständen. Dieses auffallend frühe Auftreten von solchen Zuständen ist beim Veronal sonst nicht bekannt. Für ihr Erscheinen ist sicher der Alkohol mit verantwortlich zu machen,

da bei dem Kranken auch schon früher eine Alkoholintoleranz bestand. Doch kann das Veronal diese Intoleranz noch gesteigert haben. Wegen des letzten Erregungszustandes erfolgt die Klinikaufnahme.

Neurologisch finden sich positiver Gordon und Oppenheim, sonst aber keine Pyramidenzeichen. In seinem psychischen Verhalten ähnelt er zunächst einem schweren Gewohnheitstrinker: neben einer euphorischen Grundstimmung ist er teils unruhig und gespannt, teils leutselig mit dem Bestreben, sich in den Vordergrund zu stellen bei gleichzeitigem Rededrang. Irgendwelche Abstinenzerscheinungen scheinen nicht aufzutreten. Im Laufe der nächsten Wochen nähert sich die Stimmungslage immer mehr der Norm; über eine plötzlich auftretende gereizte Stimmung kommt er auf Zureden auch ohne Mittel hinweg. Eine überzeugende Krankheitseinsicht besteht nicht. Auffallend ist das Weiterbestehen der Euphorie nach Absetzen des Mittels, das sonst nie anzutreffen ist, denn gerade die fehlende Euphorie ist eine der Ursachen, weswegen die Patienten immer wieder zum Veronal greifen.

Zusammenfassend wäre über diesen Fall noch zu sagen, daß die Ähnlichkeit mit einer Alkohol-Intoxikation auffällt. Ähnliche Beobachtungen sind auch im Schrifttum niedergelegt.

Fall 16: Hier besteht eine sichere endogene Disposition zu Verstimmungszuständen. Anscheinend sind diese aber mehr epileptoider als zyklothymer Natur; dafür spricht der Fall von Migräne in der Familienanamnese. Auch hier wird das Mittel zuerst als Schlafmittel genommen, späterhin während eines Verstimmungszustandes nach dem Tode ihres Mannes auch am Tage als Beruhigungsmittel. Acht Jahre nach dem suchtmäßigen Gebrauch des Mittels erfolgt wegen starker Suicidgefahr die Klinikeinweisung. Im letzen ¾ Jahr liegt sie ständig im Bett, angeblich wegen Blasenstörungen, die aber schon länger bestehen, läßt sich außerordentlich gehen, quält ihre Umgebung mit Nörgeleien.

Bei der Aufnahme findet sich eine starke Wasserretention im Gewebe, die einen Zusammenhang mit dem Veronal wohl vermuten läßt, da ein krankhafter Befund am Herzen oder der Niere nicht erhoben werden konnte. Psychisch ist die Patientin außerordentlich betriebsam, nörgelig, Stimmungsschwankungen unterworfen, zeigt Neigungen zu hypochondrischen Schilderungen ihrer Leiden. Eine Störung der Intelligenz und der Merkfähigkeit ist nicht festzustellen. Als

neurologisches Symptom der Intoxikation findet sich ein leichtes, wahrscheinlich cerebellares Taumeln. Im Verlauf der Entziehungskur kommt es zu starken Depressionen, späterhin fällt sie durch Sichgehenlassen auf. Sehr lange besteht Schlaflosigkeit, zu deren Bekämpfung andere Hypnotica genommen werden müssen. Nach vier Monaten Klinikaufenthalt wird sie in wesentlich gebessertem Zustand entlassen.

Über den weiteren Verlauf des ersten Falles ist nichts bekannt. Im zweiten kommt es zu einem eigentlichen Rückfall nicht.

Während es bei rascher Steigerung der Dosierung beim Veronal zu heftigen, akuten Vergiftungserscheinungen kommt, sodaß es nie über drei Gramm gesteigert werden kann, scheint es beim Dauergebrauch eine geringere Toxicität aufzuweisen. Bei langsamer Gabensteigerung treten außer einer anfänglichen Kumulation keinerlei Vergiftungssymptome auf, sodaß Lilienfeld und Pisarski annahmen, Gewöhnung trete dabei nie ein. Erst nach längerer Zeit erscheint eine Veränderung des Gesamtverhaltens wie Dösigkeit, erschwertes Denken, Euphorie bei vollkommener Arbeitsfähigkeit. Selten tritt ein akutes Versagen nach mehrjährigem Gebrauch auf. (Redlich.) Dagegen machen sich mit der Zeit Intoleranzerscheinungen bemerkbar, die sich seltener in groben Allgemeinbeschwerden, wie Gewichtsabnahme, Anämie u. a. zeigen, häufiger in rauschähnlichen Zuständen mit Taumeln und Sprachstörungen. Daraus geht hervor, daß Veronal ein ausgesprochenes Hypnoticum ist, das vor allem das Großhirn schädigt. Besonders auffällig ist die gute Anpassungsfähigkeit einzelner Personen, wofür gerade unser letzter Fall ein Musterbeispiel ist. (Nimmt Veronal acht Jahre hindurch!)

Auch das plötzliche Absetzen des Mittels ruft in unseren Fällen keinerlei Entziehungserscheinungen oder Psychosen hervor im Gegensatz zu den Erfahrungen von Laehr, Groß, Schneider u. a., und im Gegensatz zu unseren Phanodormfällen.

Wenn wir einen Vergleich zwischen unseren und den im Schrifttum veröffentlichten Fällen anstellen, so fällt auf, daß sich außer einer geringen Pupillenungleichheit und angedeutetem Romberg und Gordon in Fall Nr. 15, und in Fall Nr. 16 einer fehlenden Lichtreaktion rechts, sowie unsicherem Gang und grobem Schwanken bei Fuß-Augenschluß — die Facialisparese soll schon vor Beginn der Sucht aufgetreten sein — keine Erscheinungen finden. Herschmann berichtet über Paralyse —

ähnliche Bilder nach chronischer Veronalintoxikation, Steindorf über Pupillen — und Augenmuskelstörungen. Neben einer verwaschenen, monotonen, skandierenden Sprache, bei der Mitbewegungen im Bereich der Gesichtsmuskulatur bemerkt werden, sind cerebellare Zeichen, Tremor manuum, positiver Romberg und unsicherer Gang, aber auch allgemein körperliche Erscheinungen beschrieben worden. Psychisch besteht in den meisten Fällen Stumpfheit neben Neigung zu Zornausbrüchen, läppische Euphorie und Störungen der Auffassung, die an das Bild der Alkoholdemenz erinnern. (Meggendorfer und Pohlisch.)

Im Verlauf der Entziehung kann es zum Delir oder — allerdings viel seltener — zu epileptiformen Anfällen kommen. Dabei weist Pohlisch ausdrücklich daraufhin, daß bei einem Fall trotz bestehender genuiner Epilepsie nicht nur Anfälle nicht auftraten, sondern sogar ganz ausblieben.

Im Vordergrund steht auch bei der Veronalintoxikation die Bewußtseinstrübung mit Taumeln infolge der cerebellaren Störungen, bei deren Abklingen Bewegungsunruhe mit gereizter Affektlage auftritt. Je mehr sich das Bewußtsein aufhellt und die neurologischen Symptome abklingen, muten die Erregungszustände psychogen an. Neben der „Dösigkeit" kann Gereiztheit bestehen; hierfür ist der Fall 15 ein Beispiel. Doch sind auch Fälle bekannt, wo diese für sich allein bestand ohne Bewußtseinsbeeinträchtigung und ohne neurologische Symptome.

2. Phanodorm

Fall 17.

H. J. Sch., 23 jähr., Optiker (Angestellter).

FA. Mutter litt an Depressionszuständen mit Kopfschmerzen; sie nahm in größeren Mengen Veronal und Luminal. — Großmutter (mütterlicherseits) war energielos und neigte zu Schwermut. Seine Urgroßmutter (mütterl.) war ebenfalls öfters depressiv und äußerte gelegentlich Suicidideen. — Die Brüder der Mutter waren „weich und energielos", eine Schwester litt an unklaren Krampfanfällen.

EA. Die Geburt war normal, als Kind entwickelte Pat. sich regelrecht, doch galt er als „nervöses Kind". Auf der Realschule blieb er zweimal sitzen, besonders Rechnen und Sprachen fielen ihm schwer. Er litt häufig an Mandelentzündungen; mit 12 Jahren wurde er wegen Appendicitis operiert. Mit 16 Jahren kam er zu einem Optiker in die Lehre. Ein Jahr darauf fing er an, über Schmerzen in der Operationsnarbe zu klagen, „als ob Ratten darin wühlten". Er wurde dann noch einmal operiert, angeblich bestand ein Narbenbruch. Er bekam damals Morphium, das er sich späterhin immer wieder zu beschaffen wußte, woher, war nicht zu erfahren. Nach längerem Morphium-Gebrauch begann er schläfrig zu werden, das Berufsinteresse ließ stark nach. Zu Hause ließ er sich nichts mehr sagen, er suchte verschiedentlich Mädchenabenteuer. Mit 20 Jahren machte er dann eine vier-

wöchige Entziehungskur durch, anscheinend mit gutem Erfolg. Mit 21, als er die staatliche Optikerprüfung ablegte, nahm er Phanodorm zur Beruhigung; dieses nahm er von da an regelmäßig in steigenden Mengen. Im selben Jahr machte er noch eine Entziehungskur von unbekannter Dauer durch, die erfolglos blieb. Nach zwei Jahren unterzog er sich einer neuen Entziehungskur von sehr zweifelhaftem Erfolg. Er nahm dann eine Stelle in einem Optikergeschäft an, wo er sich gut geführt haben soll. Jedoch traten bald zunehmende nervöse Beschwerden auf, deretwegen er mit 23 Jahren einen Arzt aufsuchen mußte. Diesem gab er zu, täglich 20 Tabletten Phanodorm zu nehmen, auch soll er dabei stark geraucht haben. Kurze Zeit danach, zwei Tage vor der Aufnahme in die Klinik schlief er mit brennender Zigarette im Bett ein, erwachte dann im brennenden Bett und erlitt einige Brandwunden. Dabei war er stark erregt und wollte aus dem Fenster springen. Die herbeigerufene Mutter versuchte die Schlafmittel radikal abzusetzen, am nächsten Tage aber nahm der Patient wieder eine „ganze handvoll" Phanodorm-Tabletten. Als die Mutter ihm auch die Zigaretten verweigerte, kam es zu einem heftigen Erregungszustand, wobei er die Mutter schlug. Daraufhin erfolgte die Klinikeinweisung.

Aufnahmebefund:

Kräftiger junger Mann in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Die Haut war blaß, die Schleimhäute waren etwas teigig aber gut durchblutet. An der Außenseite des linken Oberschenkels fand sich eine große, flächenhafte Verbrennung 2.—3. Grades. An der Bauchhaut wurden kleine Verbrennungen 2. Grades festgestellt. An den inneren Organen war ein krankhafter Befund nicht zu erheben. Infolge von Verbrennungen bestand eine leichte Bewegungseinschränkung des linken Beines. — Nervenaustrittsstellen aller drei Trigeminusäste waren links leicht druckschmerzhaft. Außer einem grobschlägigen Tremor der Hände war auch am Zentral-Nerven-System nichts Krankhaftes zu erheben. Insbesondere waren die Bauchdecken-Reflexe auslösbar in allen Quadranten und die übrigen Reflexe nicht gesteigert.

Verlauf:

Patient schlief in der ersten Nacht auf eine Injektion hin durch. Beim Erwachen am nächsten Morgen bot er ein delirantes Zustandsbild: er war zeitlich und örtlich völlig desorientiert, glaubte bald im Geschäft, bald in seiner Wohnung zu sein, verkannte die Personen und zeigte dabei ängstlichen Affekt. Bei der Morgentoilette machte er allerhand Verkehrtheiten, schüttete das Zahnwasser auf den Kopf und das Haarwasser auf die Zahnbürste. Die Erinnerungen an die letzten Ereignisse waren unklar und konnten zeitlich nicht eingeordnet werden. Die Intelligenzprüfung ergab ein grobes Versagen, allein schon wegen der mangelnden Konzentrations- und Merkfähigkeit. Nachdem er sich am nächsten Morgen vorübergehend beruhigt hatte und klarer wurde, wurde er gegen Abend wieder ängstlich, verwirrt, zeitweise sehr gereizt und trommelte gelegentlich mit den Fäusten gegen das Fenster. Die ganzen nächsten Wochen bestanden leicht erhöhte Temperaturen (um 38°) ohne inneren Organbefund. Er blieb weiterhin ohne Mittel. Der ziemlich lebhafte Tremor manuum blieb noch längere Zeit bestehen; die Reflexe wurden dann gesteigert, außerdem stellt sich eine starke Hyperhidrosis ein. Am achten Tage nach der Einlieferung klang der delirante Zustand endgültig ab, auch die Temperaturen gingen zurück. Der vorherige ängstliche Affekt

machte nun einer leicht euphorischen Stimmung Platz. Die Wunden heilten im Laufe der Wochen gut ab. Auffallend war die mangelnde Einsicht in das Krankhafte seiner Sucht. Acht Wochen nach der Aufnahme war die Euphorie im Abklingen und schlug in eine gewisse Stimmungslabilität um. Nach weiteren zwei Wochen wurde die Stimmung ausgeglichen, auch der Tremor verschwand. Bei der Beschäftigungstherapie fiel seine geringe Ausdauer auf, in seinem Verhalten war er sehr selbstzufrieden und zeigte keinerlei Einsicht in die Gefahr eines erneuten Arzneimittelmißbrauchs. Er spielte mit den verschiedensten Zukunftsplänen, überlegte dabei immer, welches wohl das bequemste sei. Nach vierzehn Wochen wurde er in gutem körperlichen Allgemeinzustand entlassen. Psychisch war er in den letzten zwei Wochen gleich geblieben.

Er wurde draußen bald wieder rückfällig und befindet sich jetzt in Bethel.

Fall 18.

W. B., 24 jähr., ohne Beruf.

FA. Vater war Alkoholiker, wenig energisch, stark an seine Mutter fixiert, darüber vernachlässigte er seine Frau. Die Großmutter (väterlicherseits) war sehr tüchtig, aber herrschsüchtig. Ein jüngerer Bruder des Patienten soll minderbegabt und jähzornig sein.

EA. Geburt und Entwicklung waren normal; er hatte Privatunterricht, wo er wenig lernte, faßte aber rasch auf, hatte nur keine Ausdauer. Daneben las er viel durcheinander. Nach dem Tode der Eltern, seit dem 15. Lebensjahr, wurde er bei den Großeltern erzogen. Er ging auf eine Presse, versäumte aber viel, angeblich wegen Müdigkeit. Er saß gern mit Freunden im Lokal, fuhr Motorrad, hatte viel Abenteuer mit Frauen. Er brachte seine Ausbildung zu keinem Abschluß, versuchte auch nie einen Beruf zu ergreifen. Er fuhr gern in Großstädte, um sich zu amüsieren, dabei zerrann ihm das Geld unter den Fingern. Im Sexualverkehr soll er ausgesprochen sadistische Züge gezeigt haben. Er selbst gab an, seit dem 14. Lebensjahr verändert zu sein in Form von „Störungen“: 1. in irgendwelchen Situationen käme ihm zuerst ein guter Gedanke, der ihm aber alsbald wieder zu entschwinden drohe: mühsam wiederholte er ihn noch einmal, dann wäre er doch verloren und er fühle sich dann ratlos und leer. 2. Hätte er manchmal das Gefühl, als ob ein fester Körper in ihn eindringe und ihn ganz starr mache.

Diese „Störungen“ hätte er zuerst durch „gedankliche Analyse“ und dann durch „Lesen unterbunden“; später wäre er dann in solchen Zuständen sinnlos Motorrad gefahren und hätte bei dieser Gelegenheit, als kein anderes erreichbar gewesen wäre, ein beschlagnahmtes aus der Garage genommen. Seit seinem 23. Lebensjahr nahm er wegen dieser Störungen Phanodorm: „es löste sofort“. Anfangs nahm er 4—5 Tabletten täglich, späterhin mehr, die genaue Dosis gab er nicht an. Mit der Zeit hätte er gemerkt, daß er sich von den Menschen, besonders von den Frauen entfernte. Um nicht als krankhaft zu gelten, hätte er die Störungen verheimlicht und Faulheit vorgetäuscht, „aber es fehle ihm auch zum Arbeiten die psychische Basis“. Er trank regelmäßig Alkohol, war aber nie betrunken. Früher soll er sehr viel Wert auf ein gepflegtes Äußere gelegt haben. Nach einem Jahr Phanodorm-Abusus, hatte er, anscheinend im Erregungszustand, Streit mit mehreren Arbeitern. Danach erfolgte die Klinikeinlieferung.

Aufnahmebefund:

Außer Hautabschürfungen und einigen blutunterlaufenen Stellen war ein krankhafter Befund nicht zu erheben.

Verlauf:

Der Patient schlief zunächst nachts schlecht, dafür am Tage. Nach einigen Tagen hatte er auch guten Nachtschlaf. Im Verlauf von sechs Wochen Klinikaufenthalt zeigte er keinerlei Initiative, las etwas, hörte etwas Radio, am liebsten lag er untätig im Bett. Die „Störungen" traten nicht auf.

Nach seiner Entlassung saß er, wie die Großmutter bei der erneuten Aufnahme in die Klinik ein Jahr später angibt, zunächst stumpf und antriebsarm zu Hause herum und fing bald wieder an, Phanodorm zu nehmen. Anfangs nahm er wieder 4—5 Tabletten. Vorübergehend war er in einem Sanatorium, irgend ein Erfolg dieses Aufenthaltes trat nicht ein. Er lag fast ununterbrochen im Bett und ließ sich von der Großmutter bedienen. Sein Vermögen war für ihn infolge eigenartiger testamentarischer Bestimmungen nicht erreichbar, die Großmutter mußte die Wohlfahrt in Anspruch nehmen, um Lebensunterhalt und Phanodormkonsum (10—20 Tabletten täglich) zu bestreiten. Wenn er einmal das Mittel nicht bekam, war er äußerst gereizt. Als er eine Aufforderung zum Offenbarungseid bekam, erhöhte er die Dosis, damit ihn der Gerichtsarzt für terminunfähig erklären sollte. Als ihm die Großmutter daraufhin die Mittel verweigerte, wusch er sich nicht mehr und aß nicht. Aus diesem Grund erfolgte die Klinikeinweisung.

Aufnahmebefund:

Patient erschien in völlig heruntergekommenem Zustand. Der Gang war taumelnd, die Bewegungen unsicher, er machte einen leicht benommenen Eindruck, seine Antworten waren völlig zerfahren. Einige Stunden vorher hatte er acht Tabletten und am Morgen 10 Tabletten zu sich genommen. Zunächst erzählte er, daß er wieder seine „Störungen" gehabt habe, dann erklärte er aber ganz unverblümt, daß er sich eine Aufenthaltsbescheinigung verschaffen wollte, da es ihm gar nicht einfiele, den Offenbarungseid zu leisten. Er war laut und lärmend und sträubte sich auf dem Wege zur Abteilung plötzlich; dann ging er aber doch mit.

Der Ernährungszustand war gut, die sichtbaren Schleimhäute gut durchblutet. Am Herzen fand sich ein verbreiterter Spitzenstoß, der zweite Aortenton war akzentuiert. An den Beinen hatte er ein kleinblasiges Exanthem. Neurologisch bestand ein geringer Spontannystagmus, leichte aber deutliche Ataxie beim Finger-Nasen-Versuch, Kniehacken-Versuch sowie beim Gang. Die Reflexe waren nicht deutlich gesteigert.

Verlauf:

Kurze Zeit nach der Aufnahme war er nicht mehr benommen, zeigte aber noch ängstlichen Affekt. In der ersten Nacht schlief er schlecht und klagte am nächsten Morgen über Schwindelgefühle. Im Laufe des nächsten Tages hatte er zwei Anfälle: der Patient schrie auf und bäumte mit nach vorn gestreckten Armen den Oberkörper zurück. Die Augen waren nach links oben verdreht, die Pupillen reagierten nicht auf Lichteinfall. Kurz danach setzten klonische Zuckungen in Gesicht und Extremitäten ein, dabei hatte er Schaum

vor dem Mund, das Gesicht war leicht cyanotisch, Babinski beiderseits leicht angedeutet, aber kein Zungenbiß und kein Einnässen. Nach etwa fünf Minuten Dauer war der Anfall vorüber, Patient lag schwer atmend cyanotisch im Bett. Es kam vorübergehend zum Aussetzen der Herztätigkeit. Im Lauf des Nachmittags stieg die Temperatur bis 38,3°. Mehrmals mußte er heftig erbrechen; im weiteren Verlauf traten keine Anfälle mehr auf. Der Patient zeigte keinerlei Antrieb, las nur hin und wieder ein wenig; am liebsten lag er im Bett, gelegentlich klagte er über Kopfschmerzen. Er war völlig einsichtlos. Zu einer irgendwie verantwortlichen Stellungnahme sich selbst gegenüber war er nicht zu bringen. Nach drei Wochen wurde er in gutem Ernährungszustande, aber psychisch noch gänzlich antriebsarm und entschlußunfähig entlassen.

Fall 19.

J. G., 42 jähr., Rechtsanwalt.

FA. Die Mutter war wiederholt in Sanatorien, der Grund dafür ist nicht bekannt. Ein Onkel väterlicherseits war Trinker.

EA. Geburt und Entwicklung waren normal. 1914 ging er als Freiwilliger ins Feld. Wegen „allgemeiner Neurasthenie mit Beteiligung des Herzens ohne anatomische Veränderungen" wurde 1922 eine 30%ige Erwerbsminderung als K.D.B. festgesetzt. Er begann Jura zu studieren, vor seinem Doktorexamen „klappte er aber mit dem Herzen zusammen" und suchte deswegen zum ersten Mal ein Sanatorium auf. Die neurasthenischen Beschwerden hielten aber weiter an. 1924 heiratete er, aus der Ehe stammt ein Kind. Von jeher trank er gern Alkohol, seit 1931 jedoch in stärkerem Maße, vor allem, wenn er Ärger gehabt hatte. 1932 machte er deswegen die erste Entziehungskur und war darauf zwei Jahre völlig frei von Alkohol. Ärger in der Ehe, mit einem Kollegen und plötzlich auftretende Angstzustände brachten ihn neuerdings zum Alkohol. Er unterzog sich dann freiwillig einer zweiten Entziehungskur, die sechs Wochen dauerte. Er war damals sehr unsicher beim Gehen und innerlich unruhig, sodaß er eine Pflegerin zu sich nahm. Daraufhin hielt er sich eine Zeit lang leidlich, suchte aber im Februar 1935 wieder ein Sanatorium auf, ohne daß sich seine nervösen Beschwerden besserten. Er begann wieder in stärkerem Maße zu trinken, bis er im Mai 1935 zusammenbrach. Von da an nahm er Schlafmittel, besonders Phanodorm. Wegen auftretender Gleichgewichtsstörungen und Verwirrtheitszustände war er längere Zeit in zwei Sanatorien, in denen er sich gut erholte, bis ihn der Tod seines Vaters nach Haus rief, wo er bald wieder reizbar und rastlos wurde, sodaß er von neuem zu trinken und Phanodorm zu nehmen begann. 1936 war ein neuerlicher Sanatoriumsaufenthalt ohne Erfolg. Neben den Tabletten trank er nun reichliche Mengen von Kaffee, die ihm, zusammen mit dem Phanodorm, einen größeren Genuß bereiteten als der Alkohol. Er wußte sich die Tabletten auf alle Arten zu beschaffen, nahm jetzt auch Evipan. Da ein vierwöchiger Aufenthalt in einem Sanatorium keine Änderung brachte, ging er wieder nach Haus und nahm nun „Unmengen von Schlafmittel", sodaß er sich schon morgens um 10 Uhr in einem Dämmerzustand befand. Alkohol trank er nur noch minimal. Auf einer Reise erlitt er, durch plötzlichen Entzug aller Mittel hervorgerufen, einen schweren epileptischen Anfall mit Bewußtlosigkeit, Cyanose, Schaumbildung vor dem Mund, Zungenbiß und anschließender Benommenheit. Drei

Wochen war er daraufhin frei von allen Mitteln, kurze Zeit danach wurde er aber wieder infolge ehelichen Ärgers rückfällig. In der letzten Zeit nahm er völlig wahllos, was ihm an Mitteln in die Hand fiel. Damit es nicht bemerkt wurde, versteckte er die Tablettenröhrchen in Sesseln usw. Einige Male kam es zu heftigen Erregungszuständen mit Ataxie; der Schlaf wurde immer schlechter, er selbst unruhig und gereizt. Nach einem unangenehmen Vorfall, bei dem ihm in einem Nachtlokal seine Brieftasche entwendet wurde, kam er in die Klinik zur Entziehungskur.

Aufnahmebefund:

Mittelgroßer Mann in ausreichendem Ernährungs- und Kräftezustand, Haut und sichtbare Schleimhäute waren gut durchblutet. Die Untersuchung der inneren Organe ergab keinen krankhaften Befund. Außer geringem tremor manuum, lebhaftem Lidflattern, sehr lebhaften Patellar-Sehnen-Reflexe deutlichem Dermographismus und vermehrtem Schwitzen bestanden keine krankhaften Symptome am Zentral-Nerven-System.

Verlauf:

Der Patient war äußerst unruhig und einsichtslos, nicht zu bewegen, in der Klinik zu bleiben. Er kam dann am gleichen Tage in angetrunkenem Zustand doch zur Aufnahme. Der Gang war ataktisch, es bestand hochgradige Bewegungsunsicherheit, psychisch blieb er auch weiterhin uneinsichtig, gereizt und eigensinnig. Nach 1 ccm Scopolamin schlief er nur wenige Stunden, sodaß er noch Paraldehyd bekommen mußte. Auch am folgenden Tag war er sehr erregt, drohte, alles kurz und klein zu schlagen und drängte heftig nach seiner Entlassung. Erst auf 40 Tropfen Hyoscin trat Beruhigung ein. Nachdem er plötzlich übergangslos in den Klinikaufenthalt einwilligte, war er zwar etwas ruhiger, die Stimmung war aber sehr niedergedrückt. Er schlief nur mit Unterbrechungen und bekam, um einem neuen epileptischen Anfall vorzubeugen, 0,6 Phanodorm. In den nächsten Tagen wurden leichte Verdauungsbeschwerden sowie vermehrte Schweißabsonderung beobachtet. Nach Abklingen dieser Erscheinungen wurde die Stimmung gleichmäßig und ruhig, er war vernünftig und zugänglich. Tagsüber beschäftigte er sich vorwiegend mit Lesen. Langsam besserten sich Schlaf und Appetit, sodaß er kein Phanodorm mehr zu erhalten brauchte. Die Sprache war aber noch etwas hastig. Nach drei Wochen zeigte sein Wesen nichts Abnormes mehr, er war beherrscht und konzentriert, fühlte sich selbst auch völlig wohl. Er wurde in der chirurgischen und Ohrenklinik behandelt und war davon immer regelmäßig zurückgekommen. Er hat nie geraucht und äußerte spontan, gegen Alkohol einen ausgesprochenen Widerwillen zu empfinden. Zu allen Schwierigkeiten, besonders denen seiner Ehe, nahm er sachlich Stellung; er erwog auch eine Scheidung, da diese Quelle ständigen Ärgers eine Gefahr für ihn bedeuten könnte. Nach insgesamt 7 Wochen wurde er entlassen und noch für einige Zeit in ein Sanatorium geschickt.

Nach zwei Monaten stellte er sich wieder vor, es ging ihm gut, er hatte keine Mittel mehr genommen (er machte auch nicht den Eindruck!), obwohl er berufliche Schwierigkeiten gehabt hatte. Die Ehescheidung ist inzwischen durchgeführt worden. Wie sich später herausstellte, hat G. in einem Prozeß eine große Rolle gespielt, in den er wegen mannigfacher sexueller Perversitäten verwickelt war.

Fall 20.

M. M., 55 jähr., Krankenschwester.

FA. o. B.

EA. Geburt und Entwicklung waren normal. Während ihrer Dienstzeit erlitt sie einmal einen Schädelbruch mit Commotio vor 13 Jahren, eine Sepsis, eine Rippenfellentzündung. Sie leidet außerdem seit ihrem 17. Lebensjahr an Gallensteinen. Vor drei Jahren war sie wegen Morphiumsucht längere Zeit in einem Sanatorium. Der Anlaß zu dieser Sucht ist nicht bekannt. Auch damals nahm sie hin und wieder Luminal, angeblich 20 g einer 1%igen Lösung. Seit ca. 2—3 Jahren stellte sich ein „nervöses Herzleiden" ein, das sich in Angstgefühl und Stichen in der Brust äußerte, weswegen sie vom Arzt eine Medizin verschrieben bekam, in der Baldrian und Chloralhydrat waren. Während sie früher von ganz ungewöhnlicher Tüchtigkeit und sehr zuverlässig in ihrem Beruf gewesen war, wurden in der letzten Zeit Unregelmäßigkeiten bemerkt. Sie ließ in ihrer Arbeitskraft nach und hatte auch öfters heftige Meinungsverschiedenheiten mit dem Oberarzt der Klinik. Gelegentlich einer Führung durch die Klinik wurde sie auffällig: der Gang war taumelnd, die Sprache lallend, sie befand sich in einem starken Erregungszustand, der schließlich die Einweisung in die Nervenklinik notwendig machte, in die sie allerdings nur mit Gewalt gebracht werden konnte, da auch Pantopan- und Skopolamininjektionen keine Beruhigung brachten.

Aufnahmebefund:

Kleine Frau von grobknochigem Körperbau. Es bestand eine allgemeine Adipositas, die Haut war trocken, etwas schilfrig, besonders an den Streckseiten der Unterarme und -beine, die Gesichtshaut war auffallend runzlig, die Farbe grau. Die Kopfhaare waren sehr trocken und brüchig, dabei von verschiedener Länge. In dem ziemlich breiten Gesicht standen die Backenknochen weit vor, wogegen die Stumpfnase relativ klein wirkte. Die Stimme war rauh und tief in der Stimmlage, das Gebiß war stark defekt, der Kieferbogen sehr breit, Ober- und Unterkiefer schlossen nicht regelrecht aufeinander. Die Zunge war schwach belegt, die Schilddrüse war nicht fühlbar. Außer vereinzelten trockenen Beigeräuschen über der Lunge und einem etwas betonten 2. Aortenton, sowie einer offnen Nabelpforte war nichts Krankhaftes, an den inneren Organen festzustellen. An den Extremitäten fielen die sehr kleinen Hände und Füße auf. Druck auf den Trigeminus I und II war schmerzhaft, die Zunge wurde gerade herherausgestreckt, nach kurzer Zeit traten leichte Zuckungen daran auf. Nystagmus bestand nicht, der Tonus der Muskulatur war schlaff, der Triceps-Sehnen-Reflex nur schwach auslösbar. Sonst fehlten sämtliche Zeichen einer Intoxikation.

Verlauf:

Patientin war bei der Aufnahme gereizt und mißmutig, sie drohte, sich das Leben nehmen zu wollen. Am nächsten Tage machte sie einen beherrschten Eindruck, obwohl man ihr deutlich anmerken konnte, daß sie gereizter Stimmung war. Auf Befragen über die Ereignisse am Tage vorher war sie völlig uneinsichtig; sie machte dabei auch zeitliche Fehlangaben. Nach einigen Tagen war sie nicht mehr so abweisend, sie gab auch zu, früher einmal morphiumsüchtig gewesen zu sein, behauptete aber, seitdem niemals mehr Mittel genom-

men zu haben. Nach Aufhebung ihrer Absperrung wurde Patientin freundlich, wenn auch absolut nicht krankheitseinsichtig. Dabei wurde beobachtet, daß sie ausgesprochene Sprachstörungen wie Verwaschenheit, Silbenstolpern sowie heftigen Tremor manuum bekam, sobald sie sich aufregte, ohne daß sie vorher Schlafmittel gehabt hätte. Sie wurde in gutem körperlichen Zustand nach reichlich 8 Tagen entlassen. Die Sprachstörungen waren besser geworden, sie sprach aber sehr langsam und vorsichtig.

Nach einem anschließenden Aufenthalt in einem Sanatorium versah die Patientin lange Zeit ihren alten Dienst mit der gewohnten Zuverlässigkeit, bis ungefähr zwei Jahre nach der ersten Klinikaufnahme erneut auffälliges Benehmen den Verdacht auf Arzneimittelabusus hinlenkte. Man hatte in der letzten Zeit wiederholt Phanodormröhrchen bei ihr gefunden. An einem Abend war sie in einen ähnlichen Zustand wie vor zwei Jahren geraten, bei dem sie eine verwaschene Sprache sowie taumelnden Gang zeigte, in dessen Verlauf sie auch zu Boden stürzte. Diese Zustände wiederholten sich, wozu sich auch ausgesprochener Nystagmus gesellte.

Nach einem für sie sehr unangenehmen Besuch geriet sie in einen derartig heftigen Erregungszustand, daß ein Arzt aus der Nervenklinik geholt wurde.

Befund:

Die Patientin machte einen unordentlichen Eindruck, ein Strumpf war nicht befestigt, die Frisur zerzaust, der Mantel nur mit einem Knopf geschlossen. Auf Befragen war sie barsch und unhöflich. Als Grund für ihren außergewöhnlichen Zustand gab sie den unliebsamen Besuch an. Die Zumutung, wieder Mittel genommen zu haben, wies sie halb entrüstet, halb ironisch zurück. Die Sprache war dabei verwaschen, lallend und stolpernd. Beim Stehen und Laufen zeigte sie eine erhebliche Ataxie. Sie ging taumelnd und breitbeinig und mußte sich wiederholt festhalten. Beim Romberg'schen Versuch nahm sie sich allerdings zusammen, sodaß sie in verkrampfter Haltung einigermaßen ruhig stand. Beim Finger-Nasen-Versuch machte sie ausfahrende Bewegungen; die Pupillen waren leicht erweitert und zeigten nur träge und unausgiebige Reaktion auf Lichteinfall. Beim Seitenblick bestand ein deutlicher Nystagmus. Das Gesicht war stark gerötet. Im Verlauf der Untersuchung wurde die Patientin zwar etwas unsicherer, zeigte aber auch weiterhin eine starke motorische Unruhe, indem sie beständig Arme und Beine bewegte und ihre Stellung veränderte. Sie machte dabei einen zerfahrenen Eindruck. Den Gebrauch von Narcotica leugnete sie bis zuletzt. Auf den Vorschlag sich in ein Sanatorium zu begeben, protestierte sie heftig, sodaß sie, als darauf bestanden wurde, mit Gewalt dazu gebracht werden mußte, die Dienstkleidung zu wechseln und ihr Zimmer zu verlassen. Schließlich setzte sie dem eigentlichen Abtransport aber keine Schwierigkeiten mehr entgegen, wahrscheinlich, um weiteres peinliches Aufsehen zu vermeiden.

Die Kranke mußte pensioniert werden und endete bald darauf wahrscheinlich durch Selbstmord.

Hervorzuheben ist, daß lange Monate hindurch die Kranke ihre schweren Koordinationsstörungen, die sie eben noch auffällig gemacht hatten, mit einem Ruck überwinden konnte, sobald sie zum Direktor der Klinik gebeten wurde.

In zwei unserer Fälle besteht eine ziemlich starke psychopathische Belastung. In Fall 17 tritt diese zwar in der Persönlichkeit des Kranken nicht deutlich hervor. In Fall 18 haben wir von vornherein eine ausgesprochene psychopathische Persönlichkeit vor uns mit starkem Geltungsbedürfnis, einer gewissen Willensschwäche und Neigung zu ausgesprochen hysterischer Reaktionsweise. Die sadistischen Züge im Sexualleben dieses Kranken sind ebenfalls Ausdruck dieser psychopathischen Konstitution. Ebenso zeigt sich in diesen Fällen eine unter der Norm liegende intellektuelle Leistungsfähigkeit, die im ersten Fall Ausdruck einer unterdurchschnittlichen Intelligenz, im zweiten Fall mehr auf das Konto der mangelnden Konzentrationsfähigkeit und der geringen Ausdauer zuzuschreiben ist.

Hervorzuheben ist, daß alle vier Kranken zum Phanodormmißbrauch nicht über den Gebrauch des Mittels als Schlafmittel gelangen. In den ersten drei Fällen besorgen sich die Kranken das Medikament ohne ärztliche Verordnung und verwenden es von vornherein als Beruhigungsmittel. Im vierten Fall sind die Gründe für den Mißbrauch zwar nicht bekannt, doch kann man wahrscheinlich dieselben annehmen. Es ist vielleicht notwendig, darauf hinzuweisen, daß ein Allgemeinwerden der Ansicht, Phanodrom sei nicht nur ein Schlaf- sondern auch ein Beruhigungsmittel zu einem ausgedehnteren Mißbrauch führen kann. Auch in der Literatur der letzten Jahre zeigt sich, daß sowohl die Zahl der akuten Phanodorm-Intoxikationen als auch die des chronischen Mißbrauchs im Steigen begriffen ist. Da gerade beim chronischen Gebrauch psychotische Erscheinungen auffallend häufig sind, erscheint es wünschenswert, daß Phanodorm unter Rezepturzwang gestellt wird. Durch die Verwendung des Phanodorm als Beruhigungs- und Tagesmittel ist auch nicht sicher klar zu stellen, von welchem Moment ab es als Suchtmittel genommen wird. Während im ersten Fall die Dosierung allmählich auf 20 Tabletten gesteigert wird, behält der 2. Kranke die Tagesmenge von 4—5 Tabletten lange bei, während bei den letzten eine genaue Menge überhaupt nicht angegeben wird. Im ersteren Fall besteht zugleich starker Nikotinabusus, das Mittel wird zuerst wegen Examensnöten genommen; im zweiten und dritten Fall trinken die Patienten regelmäßig Alkohol; den äußeren Anlaß zum Phanodormmißbrauch bilden „psychische Störungen bzw. neurasthenische Beschwerden und Angstzustände. Für das Bild der Phanodorm-Vergiftung läßt sich aus unseren Fällen folgendes herausstellen: Fall 17: Ein organisch gesunder, etwas nervöser jugendlicher Patient nimmt drei Jahre lang Phanodorm,

anfangs in mäßigen Dosen, im letzten Jahr bis zu 20 Tabletten bei gleichzeitigem Nikotinabusus. Es tritt zunächst eine Verstärkung der nervösen Beschwerden auf. In den letzten Tagen verliert Patient jede Kritikfähigkeit für die Dosierung des Mittels, nimmt, was ihm erreichbar ist: „eine große Menge", „eine ganze Handvoll". Aus äußeren Anlässen, deren Ursache freilich im Patienten selbst liegt, kommt es dann kurz hintereinander zu zwei Erregungszuständen. Bei der Aufnahme sind Zeichen einer akuten Intoxikation nicht sichtbar, was sich vor allem aus der starken Gewöhnung an das Mittel erklären läßt. Als neurologische Zeichen der chronischen Intoxikation findet sich vor allem grobschlägiger Tremor manuum. Ob die Druckschmerzhaftigkeit der Nervenaustrittsstellen aller drei Trigeminusäste auch als Ausdruck der Intoxikation zu werten ist, ist nicht sicher zu stellen. Auffallend sind die hier auslösbaren Bauchdecken-Reflexe, die sonst bei längerem Mißbrauch von Barbitursäurederivaten zu fehlen pflegen. Einen Tag nach der Aufnahme tritt ein deliranter Zustand auf. Gleichzeitig findet sich auch erhöhte Temperatur. Wieweit es sich dabei um eine zentrale Störung oder um Resorptionsfieber infolge der Verbrennungen handelt, ist nicht mit Sicherheit zu sagen. Sicherlich ist als wichtigste pathogene Ursache des Delirs die plötzliche Entziehung anzusehen. Auch aus der Literatur geht hervor, daß im Gegensatz zum Alkoholismus das radikale Absetzen beim Phanodormmißbrauch eine das Delir fördernde Rolle spielt. Pohlisch hat die Erfahrung gemacht, „daß der Morphinismus in der Regel sogar bei Entziehungserscheinungen keine Komplikation bedeutet. Es fällt ferner auf, daß Morphinisten ungewöhnlich viel Schlafmittel vertragen können".

Ziemlich auffällig ist die längere Zeit bestehende Euphorie, die nach Abklingen des Delirs einsetzt, da es sonst bei Phanodorm-Intoxikation weder vor noch nach der Bewußtseinsstörung dazu kommt. Übrigens ist der Anlaß zur Phanodormsucht auch zunächst nie das Bestreben, diesen euphorischen Zustand herbeizuführen.

Nach Abschluß der Entziehungskur blieben keine Störungen zurück, die direkt dem Phanodorm zugeschrieben werden könnten. Ob es später wieder zu Rückfällen kommt oder nicht, scheint also weniger von der Stärke des Krankheitsbildes abzuhängen, als von der Persönlichkeitsstruktur des Erkrankten.

Vergleichen wir das psychische Symptomenbild des Delirs mit dem des Alkoholdelirs, so sehen wir zunächst, daß in beiden Fällen eine grobe zeitliche und örtliche Desorientierung besteht.

In beiden Fällen finden wir auch Verkennung der Personen und Situation. Den Gedanken, im Geschäft zu sein, können wir als das beim Alkohol so häufig auftretende Berufsdelir auffassen. Über Sinnestäuschungen ist in unserem Fall nichts bekannt, doch besteht auch hier, wie beim Alkoholdelir, ein ängstlicher Affekt, der sich jedoch nur in ängstlichem Bewegungsdrang äußert. Nach vorübergehender Beruhigung tritt eine Gereiztheit des Affektes auf; damit wird auch die Bewegungsunruhe deutlicher. Die Dauer des Delirs beträgt acht Tage, im Gegensatz zum Alkoholdelir, dessen durchschnittliche Dauer fünf Tage beträgt.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß wir einen grundlegenden Unterschied zwischen Phanodorm- und Alkoholdelir nicht finden, was die allgemein übliche Auffassung bestätigt, daß dem akuten Delir eine Spezifität nicht zukommt, d. h. daß aus dem psychischen Zustandsbild nicht auf die Ursachen des deliranten Zustandes geschlossen werden kann. Erwähnenswert wäre auch noch das Vorhandensein des Tremors, der ursprünglich als charakteristisch für das Alkoholdelir angesehen wurde: (daher der Name „delirium tremens"), der aber auch bei anderen Delirien zu finden ist.

Als neurologische Erscheinung der Entziehung tritt eine vorübergehende Steigerung der Reflexerregbarkeit auf und als Zeichen einer Vasolabilität eine Hyperhidrosis.

Fall 18: Ein körperlich gesunder Jugendlicher mit ausgesprochen psychopathischen Zügen, der schon seit seinem 14. Lebensjahre hysterische Störungen hat, kommt mit 23 Jahren zum Phanodorm, nachdem er schon vorher — und auch während des Phanodormgebrauchs — größere Dosen Alkohol zu sich genommen hat, ohne je schwer betrunken gewesen zu sein. Nachdem er ungefähr ein Jahr lang täglich 4—5 Tabletten nimmt, kommt es zu einem Erregungszustand, der zur Klinikeinweisung führt.

Neurologische Symptome der Intoxikation fehlen. Es treten auch keine Entziehungserscheinungen auf. Psychisch findet man eine deutliche Abstumpfung, einen Verlust des Kontaktes mit der Umwelt, der sich zunächst in der Lösung vom anderen Geschlecht zeigt. Bei letzterem ist nicht ganz klar, wieweit das Nachlassen der Libido eine wesentliche Rolle spielt. Während des sechswöchigen Klinikaufenthaltes ändert sich das psychische Bild nicht, bereits einige Wochen nach der Entlassung nimmt der Patient von neuem Phanodorm. Der seelische Verfall tritt nun immer deutlicher zutage. Während er früher gepflegt und

gut angezogen erschien, verlottert er jetzt immer mehr. Der seelische Verfall wirkt sich vor allem auch sozial aus, er muß die Wohlfahrt in Anspruch nehmen. Er soll einen Offenbarungseid leisten, dem er sich durch Erhöhen der Phanodormdosis zu entziehen sucht. Als ihm das Mittel verweigert wird, bringt er nicht mehr die Kraft zu einem Erregungszustand auf, sondern protestiert durch Hungerstreik und völlige körperliche Vernachlässigung. Das wird der Hauptanlaß zur erneuten Klinikeinweisung. Es zeigen sich diesmal infolge der plötzlichen hohen Dosierung Anzeichen einer akuten Intoxikation: geringer Nystagmus, „Phanodorm-Tran" (Pohlisch), leichte Ataxie beim Finger-Nasen-Versuch, Kniehacken-Versuch und Gang. Als Zeichen der chronischen Intoxikation finden wir ein kleinblasiges Exanthem an den unteren Extremitäten. Die Dösigkeit klingt schnell ab, Patient zeigt dann einen ängstlichen Affekt. Die folgende Nacht schläft er schlecht; er klagt am nächsten Morgen über Schwindelgefühl, am Tage kommt es zu epileptiformen Anfällen mit generalisierten klonischen Zuckungen, lichtstarren Pupillen, beiderseits angedeutetem Babinski und cyanotischer Verfärbung. Nach 3—5 Minuten Dauer tritt schwere Benommenheit, Apnoe und Aussetzen der Herztätigkeit ein. Im Lauf des Tages kommt es zur Temperatursteigerung bis zu 38,2° und es erfolgt mehrmaliges Erbrechen. Später bestehen noch Kopfschmerzen, der psychische Zustand bleibt unverändert: stumpf, antriebsarm und autistisch.

Für die epileptiformen Anfälle ist eine persönliche Bereitschaft nicht nachweisbar. In der Familie des Patienten sind weder Fälle von Epilepsie bekannt noch zeigen sich in der Person des Kranken epileptiforme Züge. Die Anfälle treten wie auch sonst bei Barbitursäurederivaten und Alkohol auf dem Boden einer schweren Dauervergiftung auf. Als auslösende Ursache ist sicher die plötzliche Entziehung anzusehen. Daß es in diesem Fall zu so heftigen Erscheinungen von seiten des Kreislaufs kommt, erklärt sich aus dem Herzbefund.

Fall 19: Außer einem Onkel, der Trinker ist und der Mutter, die sich aus unbekannten Gründen mehrmals in Sanatorien aufhalten mußte, ist die Familienanamnese ohne Bedeutung. Der Kranke selbst leidet schon seit seiner Jugend unter neurasthenischen Beschwerden, die sich vor allem bei erhöhten Ansprüchen, die an ihn gestellt werden, wie im Krieg und vor einem Examen, bemerkbar machen. Später greift er in schwierigen oder ärgerlichen Situationen zum Alkohol, seit einigen Jahren in stärkerem Maße, so daß er mehrere Entziehungskuren

durchmachen muß, nach denen er aber immer wieder rückfällig wird. Seit ungefähr 2 Jahren nimmt er Phanodorm in wechselnden Mengen. Es treten dann bald Gleichgewichtsstörungen und Bewußtseinsstörungen auf, die zu längeren Sanatoriumsaufenthalten führen. Neue Schwierigkeiten durch den Tod seines Vaters und durch die Ehe hervorgerufen, verschlimmern seine nervösen Beschwerden, sodaß er wieder zu trinken und Phanodorm zu nehmen beginnt. Eine Entziehungskur ist ohne Erfolg, und er trinkt nun außerdem noch große Mengen starken Kaffees. Dabei kommt es einmal nach radikalem Absetzen aller Mittel zu einem epileptischen Anfall. Nach kurzer Zeit nimmt er jedoch weiter Mittel, jetzt wahllos, was er bekommen kann, während er Alkohol nur noch in minimalen Mengen trinkt. Schließlich befindet er sich fast nur noch im Rauschzustand. Gelegentlich kommt es auch zu Erregungszuständen mit hochgradiger Ataxie, schlechtem Schlaf und unruhiger, gereizter Stimmungslage, die zur Klinikeinweisung führen. Diese schweren Erscheinungen sind sicher nicht allein mit dem zweijährigen Phanodorm-Gebrauch zu erklären. Vielmehr dürfte hier die Hauptschuld bei dem jahrelangen Alkoholabusus zu suchen sein, — freilich in Kombination mit den Schlafmitteln. Bei seiner Aufnahme in die Klinik sind nur ein geringer Tremor manuum, Lidflattern, vermehrtes Schwitzen und sehr lebhafte Patellar-Sehnen-Reflexe festzustellen. Außerdem bestehen starke Bewegungsunsicherheit und psychisch ausgesprochene Gereiztheit und Uneinsichtigkeit. Im Verlauf des Klinikaufenthaltes wechseln heftige Erregung mit niedergedrückter später ruhiger Stimmungslage. Leichte Verdauungsstörungen und vermehrte Schweißsekretion sind Zeichen der Entziehung und halten nur wenige Tage an. Nach drei Wochen kann er mit voller Krankheitseinsicht entlassen werden.

Fall 20: Eine 55 jährige Krankenschwester von dysthyreotischem Habitus im Sinne eines Myxödems kommt wegen eines zwei Jahre bestehenden nervösen Herzleidens zum häufigen Gebrauch von Beruhigungsmitteln, nachdem sie schon drei Jahre vorher wegen Morphiumsucht, deren Ursache unbekannt ist, eine Entziehungskur durchgemacht hat. In der letzten Zeit wird ein deutliches Nachlassen ihrer Arbeitsleistung bemerkbar. Ein plötzlich auftretender Erregungszustand mit lallender Sprache und taumelndem Gang macht die Klinikeinweisung notwendig. Ob die Druckschmerzhaftigkeit des Trigeminus I und II, die sich hier findet, sowie die leichten Zuckungen der Zungenmuskulatur Zeichen einer Intoxikation sind, läßt sich nicht mit Sicherheit sagen, da sich sonst außer einem herabgesetzten Tonus der ge-

samten Muskulatur und nur schwach auslösbaren Triceps-Sehnen-Reflexen nichts Krankhaftes feststellen läßt. In den ersten Tagen des Klinikaufenthaltes ist sie gereizter, mißmutiger Stimmung und ohne jegliche Krankheitseinsicht. Dabei fällt auf, daß sie ausgesprochene Sprachstörungen wie Verwaschenheit und Silbenstolpern bekommt, besonders nach Aufregungen, die auch ohne Einnahme von Mitteln auftreten und bei ihrer Entlassung noch nicht völlig verschwunden sind.

Nach zwei Jahren, in denen sie ihre alte Tätigkeit wieder aufgenommen hatte, wird sie neuerlich durch merkwürdiges Benehmen und unzuverlässiges Arbeiten auffällig. Man hat auch in der letzten Zeit öfters Phanodorm-Röhrchen bei ihr versteckt gefunden. Dazu gesellen sich in kurz aufeinanderfolgenden Abständen ähnliche Zustände wie beim ersten Mal: Die Sprache ist verwaschen, beim Gehen taumelt sie so heftig, daß sie mehrere Male hinstürzt. Nach einem unangenehmen Erlebnis tritt ein Erregungszustand auf, der die Hinzuziehung eines Nervenarztes erforderlich macht. Dieser findet die Patientin in einem unordentlichen, heruntergekommenen Zustand vor. Neurologisch bestehen diesmal im Gegensatz zum ersten Befund Nystagmus in den Endstellungen und erweiterte Pupillen, die nur träge und unausgiebig auf Licht reagieren. Außerdem lassen sich eine erhebliche Ataxie beim Gehen und Stehen, Unsicherheit beim Finger-Nasen-Versuch, starke motorische Unruhe sowie verwaschene, stolpernde Sprache und ein stark gerötetes Gesicht feststellen. Psychisch ist sie unzugänglich und zerfahren, leugnet aber jeglichen Gebrauch von Schlafmitteln. Sie wird schließlich nur mit Mühe dazu gebracht, sich in ein Sanatorium zu begeben.

Zusammenfassend sei erwähnt, daß die plötzliche Entziehung des Phanodorms bei hoher Dosierung über 0,8—1,0 g pro die und bei längerer Dauer des Mißbrauchs wesentlich mehr Gefahren in sich zu bergen scheint als bei den sonst bekannten Suchtmitteln, eine Erscheinung, die schon bei den anderen Barbitursäurepräparaten beschrieben worden ist, beim Phanodorm aber am unverkennbarsten ist. Andererseits sind Fälle, bei denen ein langsamer Abbau des Phanodorms stattgefunden hat, noch nicht bekannt geworden. Ein einziger Fall von Pohlisch, bei dem die Dosis von 15 auf 2 Tabletten pro die gesenkt wurde, kommt praktisch einer radikalen Entziehung gleich.

3. Gemischte Sucht.

Fall 21.

F. N., 40 jährig., Rechtsanwalt.

FA. o. B.

EA. Geburt und Entwicklung waren regelrecht; die Berufsausbildung ging glatt vonstatten. Er ging dann als Freiwilliger ins Feld und erlitt einen Schulterschuß. Damals erhielt er Morphium, an das er sich gewöhnte. Nach einer Entziehungskur blieb er ein Jahr lang davon frei. Er fing dann an, Medizin zu studieren, hörte aber nach einigen Semestern damit auf und ging auf eine Kommunalbank für ein Jahr, dann studierte er Jura. In der Zwischenzeit hatte er wieder Morphium genommen und zwei Entziehungskuren durchgemacht. Er heiratete 1920, aus der Ehe stammen zwei Kinder, die seine Frau als „nervöse Kinder" bezeichnet. Die letzte Entziehungskur, ungefähr vier Jahre nach Beginn des Abusus, hatte ihn reizbar gemacht, er nahm von da an statt Morphium Codein, Curral, Cessoval, Acedicon und Optalidon nacheinander und gleichzeitig, regelmäßig jeden Tag. Außerdem rauchte er bis 40 Zigaretten am Tag. Während des juristischen Assessorexamens war er besonders gereizt und aufgeregt, sodaß er die Dosis der Mittel steigerte, zum Schluß nahm er bis 50 Tabletten Optalidon täglich, 12 Tabletten pro dosi. Einige Zeit danach wurde er dösig, schläfrig, unfähig zu arbeiten. Seine Stimmung wurde immer gereizter, einmal hatte er einen „Anfall": er warf sich auf die Erde, schlug um sich, schrie, ließ sich aber beruhigen. Seine Frau begann er schlecht zu behandeln, er erzählte ihr viel von Abenteuern mit anderen Frauen in der Absicht, sie damit zu treffen. Nach Angaben der Ehefrau soll er auch sonst sadistische Züge gezeigt haben. Seit längerer Zeit lebte er mit seiner Sekretärin zusammen, um die Kinder kümmerte er sich gar nicht mehr. In der letzten Zeit war er sehr mißtrauisch, besonders leicht erregt, fühlte sich verfolgt und bedroht. Er glaubte, man gönnte ihm die Mittel nicht, die er doch so notwendig brauche. Einen Tag vor der Klinikaufnahme sagte er plötzlich: „ich mache nicht mehr mit" und versuchte, sich mit einer Nadel ins Herz zu stechen. Als das verhindert wurde, bekam er einen heftigen Erregungszustand, der Grund zur Klinikeinweisung wurde.

Aufnahmebefund:

Großer, kräftiger Mann in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Haut und sichtbare Schleimhäute waren gut durchblutet, die inneren Organe ohne krankhaften Befund. Die Pupillen waren nicht ganz rund, etwas weit, reagierten auf Licht nur träge, auf Convergenz prompt. Die Austrittsstellen des nervus occipitalis waren druckempfindlich. Es bestand ein lebhafter Tremor manuum, die Patellar-Sehnen-Reflexe und Achilles-Sehnen-Reflexe waren sehr lebhaft aber seitengleich; beim Patellar-Sehnen-Reflex war die Reflexzone verbreitert. An den Händen war eine starke Hyperhidrosis zu bemerken.

Verlauf:

Patient machte anfangs einen benommenen Eindruck ohne gröbere Gedächtnislücken, zeitlich und örtlich war er orientiert. Er klagte über eine allgemeine Mattigkeit und Schweißausbrüche. Die Sprache war etwas schleppend, er antwortete zögernd und schwerfällig. Die Stimmungslage war schwankend, im allgemeinen war er seiner Zukunft gegenüber optimistisch. Für seine Sucht macht er die anderen

und die widrigen Umstände verantwortlich. Er gab an, die Tabletten in der letzten Zeit genommen zu haben, um „sich zu betäuben", er habe nicht immerfort an „die seelischen Konflikte" denken wollen. Außer den erwähnten Schweißausbrüchen und der allgemeinen Schwäche traten keine anderen Entziehungserscheinungen auf. Nach ungefähr vier Wochen klangen auch diese ab, er konnte entlassen werden, ohne daß überzeugende Krankheitseinsicht bestanden hätte.

Anscheinend ist er nicht rückfällig geworden.

Es handelt sich um eine ausgesprochene psychopathische Persönlichkeit, haltlos, prahlerisch, abenteuersüchtig mit angedeuteten sadistischen Zügen. Eine hereditäre Belastung konnte nicht sicher gestellt werden. Auffallend ist die allgemeine Suchtneigung dieses Patienten, der auf jedes Mittel sofort suchtmäßig reagiert. So nimmt er hintereinander Codein, Curral, Cessoval, Acedicon und Optalidon, nebenbei treibt er starken Nikotinabusus. Es ist sogar nicht unwahrscheinlich, daß er noch mehr Medikamente verbraucht hat, die er nicht mehr angegeben hat. Kuren bleiben erfolglos, Krankheitseinsicht tritt in keiner Weise in Erscheinung; er meint, man mißgönne ihm das Mittel, das er brauche. Um dieses „Brauchen" unter Beweis zu stellen, begeht er einen demonstrativen Selbstmordversuch und bekommt auch hysteriforme Anfälle.

Nach den Untersuchungen von Fühner und Bürgi tritt eine additive Wirkung dann ein, wenn die Mittel chemisch miteinander verwandt sind und dieselben Angriffspunkte im Zentral-Nerven-System haben. Wenn die Mittel dagegen verschiedene Angriffspunkte haben, so wird eine Wirkung erreicht, die bedeutend größer ist als bei Addition und eine Potenzierung darstellt wie sie bei den Mischnarkosen zur Geltung kommt. Danach müßten aber besonders früh Intoxikationserscheinungen auftreten. Von einigen Autoren wird auch die Ansicht vertreten, daß sich ungewöhnlich früh Delirien einstellen, besonders bei der Kombination mit Morphinismus. Pohlisch hat aber die entgegengesetzten Erfahrungen gemacht, wie schon an anderer Stelle bemerkt wurde.

Bei unserem Fall wird Codein und Acedicon neben anderen Schlafmitteln genommen. Trotzdem ist eine Wirkung im Sinne der vorhergenannten Potenzierung nicht eingetreten. Andererseits scheint sich eine Addition eingestellt zu haben, da der Patient angibt, daß er an den Tagen, an denen er Optalidon in besonders hohen Dosen neben den anderen Mitteln genommen hat, dösig, schläfrig und unfähig war zu arbeiten. Die Intoxikationserscheinungen sind also in diesen Fällen weniger abhän-

gig von der Art des Hypnotikums als von der Dauer des Mißbrauchs und der Menge der Mittel.

Pohlisch teilt den Dauermißbrauch mehrerer Mittel in drei Formen ein: 1. zwei oder seltener drei Mittel werden lange Zeit hindurch regelmäßig genommen. 2. es wird mehr oder weniger häufig wahllos mit den Mitteln gewechselt. 3. nach einer längeren Zeit, in der eine Gruppe von Mitteln regelmäßig genommen wird, folgt eine Periode mit anderen Mitteln, die wieder ziemlich regelmäßig genommen werden.

Unser Patient gehört in die zweite Gruppe. Der Wechsel ist neben der endogenen Veranlagung, wie weiter unten ausgeführt werden wird, häufig bedingt durch Nachlassen der Wirkung. Meist wird jedoch das neue Mittel nicht in einer kleineren Dosis genommen, sondern gleich in der Höhe des früheren.

Wie an anderer Stelle näher ausgeführt werden wird, besteht ein Unterschied zwischen Sucht und Gewöhnung. Beim Morphium kommt es fast immer zu einer echten Gewöhnung; beim Fortfall des Mittels treten Entziehungserscheinungen auf, deretwegen gerade die Morphinisten immer wieder zurückfallen. Hier scheint eine solche echte Gewöhnung nicht bestanden zu haben, oder wenigstens keine so starke, da der Kranke nach einer Morphium-Entziehungskur zu anderen Mitteln griff, die er dann wahllos der Reihe nach durchprobierte. Dieses Wechseln von einem Mittel zum anderen scheint bei ihm keine Entziehungserscheinungen hervorgerufen zu haben, woraus man schließen könnte, daß an kein Mittel eine echte Gewöhnung bestand. Die Ursache, warum er nicht wieder zum Morphium zurückkehrte, ist unbekannt; wahrscheinlich dürfte der Grund in den schwierigen Beschaffungsmöglichkeiten zu suchen sein. Der auffallende Wechsel in der Wahl der Mittel scheint für eine besondere Haltlosigkeit der Persönlichkeit zu sprechen. Vielleicht trägt die Schuld eine ganz besonders tiefgehende Disharmonie im Wesen des Patienten, sodaß es ihm unmöglich war, sich für die Dauer durch den Gebrauch eines Mittels in eine ausgeglichene und gehobene Stimmung zu versetzen.

Wenn man die beiden von K. Bieling veröffentlichten Fälle von Acediconismus mit der vorliegenden gemischten Sucht vergleicht, so fällt die Ähnlichkeit der Erscheinungen auf, vor allem des psychischen Zustandsbildes. Der eine seiner Patienten nimmt das Acedicon als Ersatz nach einer Morphium-Entziehungskur, da es ihn befähigt, besser zu arbeiten. Bei beiden treten nach Entzug Aufregungen, Schweißausbrüche und Kollaps

als Entziehungserscheinungen auf. Psychisch sind die Kranken teils depressiv, teils gereizt bis zu leichten hypomanischen Erregungszuständen. Sie leiden unter Angst und nächtlicher Unruhe, dem Beruf gegenüber sind sie interesselos, gegen die Angehörigen feindselig und mißtrauisch. Unser Patient äußerte in der letzten Zeit vor der Klinikeinweisung feindselige, hypochondrisch-mißtrauische Ideen, vor allem gegen seine Frau; neben depressiven Phasen kam es zu ausgesprochenen Gereiztheitszuständen. Es ist also nicht ausgeschlossen, daß diese Veränderungen besonders durch das Acedicon hervorgerufen wurden und die anderen Mittel alle mehr oder weniger zurücktretende Erscheinungen bewirkten.

Eine weitere Ausführung des Krankheitsbildes erübrigt sich, da sich für die einzelnen Suchtmittel nichts Eindeutiges herausstellen läßt.

III.

Wie schon in der Einleitung erwähnt, stammt das Material mit Ausnahme des Falles Nr. 21 aus der Universitäts-Nerven-Klinik Breslau. Es sind die Krankengeschichten ab 1923 durchgesehen worden. Von 1923 bis 1926 fand keine Aufnahme einer seltenen Sucht statt. 1926 wurden die Chloroform- und Codeinsucht aufgenommen, 1927 eine Opiumsucht, 1929 ein Tinctura Valeriana-Trinker, 1931 der erste Fall von Eukodalismus, 1932 eine Phanodorm- und eine Dicodidsucht, 1933 eine weitere Dicodidsucht, 1934 zwei Fälle von Phanodormmißbrauch, ein Fall von Eukodalismus, zwei Fälle von Veronalismus und eine weitere Opiumsucht, 1935 die Abasinsucht und eine allgemeine Medikamentensucht und schließlich 1936 die drei letzten Dicodidfälle und der letzte Fall von Phanodormsucht sowie ein Fall von Baldriansucht aus der Nervenklinik Chemnitz. Aus dieser Zusammenstellung ergibt sich folgendes: Bis 1932 findet sich kein Fall von Schlafmittelmißbrauch. Das ist sicher kein Zufall, da die Zunahme von Schlafmittelsuchten eine in den letzten Jahren häufig beobachtete Erscheinung ist. Dem vermehrten Schlafmittelmißbrauch steht die Abnahme der Alkohol- und Alkaloidsuchten gegenüber; man kann daher von einer generellen Zunahme der Süchtigkeit nicht ohne weiteres sprechen. Bei der Zunahme der Schlafmittelsuchten spielt die sehr leichte Beschaffungsmöglichkeit der Mittel, sowie Schlaf-

mittelkenntnis*), das Bekanntwerden durch die Reklame eine wesentliche Rolle. Die strenge Handhabung des Opiumgesetzes verweist sicher viele Süchtige auf den Ausweg zu den Barbitursäuren- und Harnstoffderivaten.

Betrachtet man die Berufszugehörigkeit, so stehen von den 21 Fällen elf dem ärztlichen Beruf nahe. Es handelt sich im einzelnen um vier Ärzte, einen Medizinstudenten, eine Arztgattin, drei Krankenschwestern und zwei Apotheker. Es ergibt sich somit eine deutliche Berufsgefährdung. Auch Pohlisch hat beobachtet, daß sich der chronische Schlafmittelmißbrauch nicht auf eine bestimmte Berufsgruppe beschränkt. Wenn er weiterhin auch keine besondere Beteiligung einer bestimmten Bevölkerungsschicht findet, so zeigt sich in unserem allerdings kleineren Material, im Gegensatz dazu, daß mit Ausnahme eines Falles alle unsere Kranken gehobenen Berufsschichten angehören. Das mag vielleicht teilweise darin begründet sein, daß P.'s Material ausschließlich aus Berlin stammt, also einer ausgesprochenen Weltstadt. Auffallend hoch ist der Prozentsatz der Frauen, der knapp 30 Prozent beträgt; davon treibt eine Frau ausgesprochenen Schlafmittelmißbrauch.

In neun unserer Fälle konnte eine familiäre Belastung nachgewiesen werden, und zwar handelt es sich sechsmal um Trunksucht. (Fall Nr. 1, 3, 10, 11, 18, 19.) In zwei weiteren Fällen treten Neigungen zu Verstimmungen zutage (Nr. 4, 17), in zwei Fällen finden wir Selbstmord (1, 16); bei ersterem außerdem Krampfanfälle und Migräne. In der Familie von Fall 4 finden sich ausgesprochene Psychosen, deren Natur freilich nicht in Erfahrung zu bringen war. Es schien sich um Psychosen aus dem Manisch-depressiven Formenkreis zu handeln.

Die Persönlichkeiten der Kranken zeichnen sich schon vor Eintritt des Medikamentenmißbrauchs durch eigenartige Charakterzüge aus, die einen bestimmenden Einfluß auf den Beginn der Sucht ausübten. In zwei Fällen handelt es sich um ausgesprochen Minderbegabte (11, 17), in neun Fällen bestehen schon vor der Sucht psychopathische Züge. Im einzelnen sind es fünf Haltlose (12, 16, 18, 19, 21), ein Sensitiver (14),

---

*) Für letzteres ein typisches Beispiel, das Pohlisch mitteilt: Mitte 1932 berichtet eine Berliner Wohlfahrtspflegerin, daß sie beim Unterricht halbwüchsiger Arbeitertöchter von ihnen über die Wirkung der einzelnen Schlafmittel gefragt worden sei. In der nächsten Unterrichtsstunde brachten 12 Mädchen größere Mengen der zu Haus vorrätigen Hypnotica mit und zwar handelte es sich um größere Mengen Veronal, Luminal und Adalin.

zwei Depressive (2, 5) und ein Sexual-Triebhafter (13). Hysterische Züge treten in drei Fällen in Erscheinung (4, 18, 21). Außerdem finden sich viermal ausgesprochene sexuelle Anomalien (13, 18, 19, 21). Epileptische Belastung ist bei keinem unserer Fälle deutlich; andererseits haben wir einen Kranken, der selbst epileptoide Züge aufweist, in dessen Familie aber nichts dergleichen zu bemerken war (15). In fünf Fällen besteht eine körperliche Minderwertigkeit, und zwar leiden zwei seit frühester Kindheit an einer schweren körperlichen Mißbildung (2, 10), bei zweien bestehen eine allgemeine Asthenie (1) bezw. Dysthyreose (20), und in einem weiteren Fall tritt durch einen Unglücksfall eine grobe Entstellung des Gesichts ein, die um so schwerer wiegt, da es sich um ein junges Mädchen handelt (4). Als Folge davon entwickeln sich Minderwertigkeitsgefühle bezw. Überkompensationen.

Zusammenfassend ist also zu sagen, daß von den 21 Fällen 17 schon vor Beginn der Sucht sichtlich nicht dem Bereich des Normalen angehören; d. h. es bestehen entweder von vornherein psychische Anomalien, oder irgendwelche Erlebnisse haben zu abwegigen Reaktionen geführt.

Was die Gelegenheitsursachen anbelangt, aus denen heraus die einzelnen Patienten zu ihren Suchtmitteln gekommen sind, so ergibt sich, daß allein zwölf das Mittel vom Arzt gegen organische Zustände erhalten haben. Acht von diesen Fällen aber haben das Mittel erst später wegen „seelischer Konflikte" (1) oder „drückender wirtschaftlicer Verhältnisse' (3, 5), während eines Examens (21, 17), im Verlauf einer schwierig gewordenen Ehe (10), oder um ein großes Arbeitspensum (6, 20) bewältigen zu können, genommen, wenn dies im letzten Fall auch nicht direkt als Grund angenommen wird. Es kommt also offenbar nach Verabreichung durch den Arzt nicht immer zur sofortigen Gewöhnung an das Mittel, vielmehr scheint die wirkliche Ursache der aufkommenden Neigung in der Persönlichkeit selbst verankert zu sein. Dafür spricht auch, daß in vier Fällen von dem zuerst verordneten Morphium bezw. Chlorahydrat und Luminal zu anderen Mitteln übergegangen wurde. Von den restlichen neun Kranken machen zwei (15, 16) bei Schlaflosigkeit die Bekanntschaft mit dem Medikament — wenn man Schlafstörungen nicht auch unter die organischen Zustände rechnen will aber auch hier kommt es in dem einen Fall (15) zum Gebrauch des Mittels am Tage durch schon vorherbestehende langanhaltende Stimmungsschwankungen. Da bekannt ist, daß gerade die Süchtigen dazu neigen, das ihnen be-

kannte Mittel anderen Menschen weiterzugeben, scheint es bemerkenswert, daß sich in unserem Material nur zwei solche Fälle finden (4, 13). Die letzten fünf kommen aus ihrer inneren Veranlagung zu den Mitteln. Dabei fällt auf, daß drei von ihnen in ärztlichen Berufen tätig sind. Anscheinend spielt also die leichte Beschaffungsmöglichkeit eine nicht unwesentliche Rolle. (11, 12, 14.)

Von der Sucht abzutrennen ist die Gewöhnung. Diese hängt ab von der „Fähigkeit des Körpers, die Zerstörung des Giftes in wachsendem Maße zu lernen und gleichzeitig gegen die Gifte unempfindlicher zu werden. Dadurch werden die Gifte zu einem normalen Körperbestandteil, bei dessen Fehlen die Entziehungserscheinungen auftreten". (Meggendorfer.) Gewöhnung tritt ein, wenn die bisher wirksam gewesene Dosis unwirksam geworden ist, so daß gesteigert werden muß, um die bisherige Wirkung zu erzielen.

Bei entsprechender persönlicher Veranlagung kann daraus eine Sucht entstehen, doch führt nicht jede Sucht zur Gewöhnung (z. B. Cocainismus). Erstere muß der persönlichen Reaktionsweise zugerechnet werden, während die Gewöhnung eine allgemeine Reaktionsweise darstellt. Wie oben schon näher ausgeführt wurde, besteht nun bei 17 von unseren 21 Fällen sicherlich eine solche persönliche, zur Suchtbildung neigende Veranlagung neben der Gewöhnung. Die Kranken, die das Mittel anfangs wegen Schlaflosigkeit oder Schmerzzuständen kennen lernten, nehmen es späterhin wegen der Umstimmung (Euphorie, erhöhtes Sicherheitsgefühl, Betäubung usw.), die es hervorruft. Der Wunsch, diese lustvolle Umstimmung immer wieder herbeizuführen, ist schließlich für die Suchtbildung bestimmend.

Man muß nun sagen, daß als wichtigste primäre Ursache für die Entstehung einer Sucht die schon vorher bestehende Einengung des Erlebnisraumes der Persönlichkeit anzusehen ist. Diese kann ihre Ursache in mangelnder Erlebnisfähigkeit haben, die entweder die Gesamtaffektivität oder nur einen Teil derselben betrifft. Die mangelnde Erlebnistiefe hat ihre Ursache in den meisten Fällen in einer andogenen Veranlagung. In unseren Fällen zeigt sich, daß dafür folgende Typen in Frage kommen: die Energielosen, Haltlosen, Willensschwachen, sowie die intellektuell leicht Minderbegabten. Wichtig ist, daß diese mangelnde Erlebnistiefe mehr oder minder als ein Minus empfunden wird. Hierbei ist vielleicht angebracht, darauf hinzuweisen, daß sich unter den Alkoholsüchtigen ein nicht geringer

Prozentsatz leicht Debiler und physiologisch Dummer befindet, daß aber unter den Imbezillen echter, chronischer Alkoholismus, wirkliche Alkoholsucht bisher kaum beobachtet wurde. Bei den Opiaten hat es den Anschein, als ob zunächst die Intoxikation, bedingt durch einen langen Gebrauch des Mittels aus therapeutischer Indikation, ohne nachweisliche minderwertige, psychopathische Konstitution eine Abflachung der Erlebnistiefe herbeiführen kann, die dann weiterhin zu einer echten Süchtigkeit führt. Im Gegensatz zur mangelnden Erlebnisfähigkeit auf Grund psychopathischer Konstitution steht die Unfähigkeit, die durch körperliche Behinderung hervorgerufen ist. Auch hier ist es wichtig, daß das Minus bewußt empfunden wird. Dieses körperliche Defizit braucht kein angeborenes oder in frühester Jugend erworbenes zu sein, das von vornherein bei der Formung der Persönlichkeit eine wichtige Rolle spielt, es ist auch möglich, daß späterhin erworbene Defekte die Persönlichkeit umformen können, wobei aber in der Regel eine gewisse psychische Disposition bestehen mag.

Die Sucht stellt nun den Versuch dar, den eingeengten Erlebnisraum auszuweiten, d. h. die mangelnde Erlebnistiefe wird durch größere Erlebnisbreite ersetzt, oder im zweiten Fall werden als Ersatz für mangelnde Erlebnisbezirke neue Erlebnismöglichkeiten gesucht und gefunden.

Daß die Medikamentensucht dem Bedürfnis einer Ausweitung des Erlebnisraumes entspricht, scheint klar zu sein. Ehe die Bekanntschaft mit dem Suchtmittel eintritt, finden wir schon ähnlich gerichtete Bestrebungen. Vier der Fälle neigen zu abnormen erotischen Erlebnissen, vier sind sensations- und abenteuerlustig und zwölf treiben ausgesprochenen Genußmittelmißbrauch. Davon rauchen fünf über 40 Zigaretten am Tag, fünf treiben starken Alkoholabusus, darunter eine Frau. In zwei Fällen besteht gleichzeitig neben dem starken Nikotinverbrauch noch die Neigung, außerordentlich große Mengen starken Kaffee zu trinken. Von einem ist bekannt, daß er täglich ¼ bis ½ Pfund Kaffee für seinen eigenen Bedarf verbraucht hat.

Wir sehen also, daß mit Ausnahme von zwei Fällen unsere Kranken schon vor der Sucht einen besonderen Typ verkörpern, der mit kurzen Worten so zu umreißen ist: Es handelt sich um Personen mit meist angeborener, seltener erworbener körperlicher oder geistiger Minderwertigkeit, die, ihnen mehr oder minder bewußt, in einer mangelnden Erlebnistiefe zum Ausdruck kommt. Diese mangelnde Erlebnistiefe wird als un-

befriedigend empfunden und führt zum Versuch einer Ausweitung der Erlebnisbreite durch Rauschmittel. Die Bekanntschaft mit dem Suchtmittel gibt neue außergewöhnliche Möglichkeiten des Erlebens. Es gelingt im gewissen Sinne eine seelische Ausgeglichenheit, in der die Kranken ihren Mangel vergessen und darüber hinaus für sie Neues erschlossen wird.

Der aufgestellte Typ des Süchtigen schlechthin ist zu eng gefaßt. Die Sucht bietet eine der bequemsten Kompensationsmöglichkeiten, d. h. also die Menschen, die zur Sucht gelangen, sind gekennzeichnet durch einen primären Mangel an genügender Erlebnistiefe. Sekundär werden sie durch äußere Faktoren zu Süchtigen. Die verhältnismäßig große Anzahl derer, die das Mittel bei organischen Zuständen kennen lernen, es aber späterhin auch bei anderen Anlässen nehmen, spricht für diese Erklärung. Kommt zu diesem Persönlichkeitstyp noch eine endogen verankerte Wunschbestimmbarkeit hinzu, so haben wir jene Grundlage vor uns, auf deren Boden sich die Hysterie entwickelt.

An dieser Stelle kann noch einmal darauf hingewiesen werden, daß im Gegensatz zu der allgemein angenommenen Seltenheit der Dicodidsucht relativ viel Fälle von Dicodidsüchtigen unter unserem Material anzutreffen sind. Hier scheint ein sicherer Zusammenhang mit der endogenen Veranlagung der Betreffenden zu bestehen. Die Frage, warum die weit schwächeren Wirkungen des Dicodids denen des Morphiums vorgezogen werden, ist wohl berechtigt, zumal drei von ihnen dieses auch kennen gelernt hatten. Die schwierigen Beschaffungsmöglichkeiten sind dafür allein kaum verantwortlich zu machen. Fall 2 hat Rezeptfälschungen nicht gescheut und hätte dies sicher auch getan, um Morphium zu bekommen. Man muß deshalb tiefere Ursachen annehmen. Es kommt den Kranken gar nicht so sehr auf den Erlebniswert des Rausches als auf eine bloße Euphorie an, in der sie behaglich und ohne persönliche Anstrengungen dahinleben können. Sie kommen daher vielleicht auch nicht aus irgendwelchen bewußt empfundenen Minderwertigkeitsgefühlen zur Sucht, die sie auszugleichen wünschen — sie haben im Gegenteil oft eine recht selbstgefällige Meinung von sich —, sondern um eine Glätte der Oberfläche zu erzielen, um sich „wohl und glücklich zu fühlen", wie der eine unserer Patienten direkt angibt. Da das Dicodid eine allgemein schwächere Wirkung als Morphium hervorruft, treten auch dementsprechend nur geringere Nebenwirkungen und Entziehungserscheinungen auf. Darauf könnte

man es zurückführen, daß Dicodid statt Morphium genommen wurde. Irgendwelche außergewöhnlichen Erlebnisse werden nicht gewünscht, so daß die unangenehmen Erscheinungen auch nicht überwunden werden wollen.

Die Dicodidfälle scheinen also dem oben Gesagten über die mangelnde Erlebnistiefe und ihrem Wunsch nach Erreichen einer größeren Erlebnisbreite zu widersprechen. Jedoch wenn unsere Patienten sich dieses Mangels an Erlebnistiefe bewußt sind, so empfinden sie ein Mißbehagen, das ihnen unverdient zu sein scheint, und das sie deswegen auch durch ein erhöhtes Glücksgefühl ersetzen wollen. Der Wunsch, die unangenehmen Seiten der Außenwelt, die sie für ihr Mißbehagen verantwortlich machen, aus ihrem Empfinden auszuschalten, würde einer Erweiterung des Erlebnisraumes gleichkommen.

Im einzelnen scheint in unserem Material auffallend, daß die drei Kranken, die zu einer außergewöhnlichen hohen Dosierung der Barbitursäure gelangen, Beziehungen zum epileptoiden Formenkreis haben. Wir finden bei zwei dieser Fälle in der Familie mehrfach Krampfanfälle und Migräne, der dritte Fall neigt zu morgendlichen Verstimmungen und leidet an einer echten Migräne. Als Hypothese könnte man aufstellen, daß Personen mit einer epileptoiden Konstitution ganz allgemein eine größere Barbitursäuretoleranz besitzen.

Betrachten wir die Körperbautypen unserer Kranken, so finden wir neben neun unbestimmbaren Mischtypen einen ausgesprochen pyknischen Habitus, zehn ausgesprochene Astheniker und einen Dysplastischen. Im Gegensatz zum Alkohol werden das Morphium und die Schlafmittel zu den „ungeselligen" Genußmitteln gerechnet. Daraus könnte abgeleitet werden, daß Astheniker (-Schizothyme) zum Schlafmittelmißbrauch neigen, da diese Sucht ihrer autistischen Neigung entgegenkommt. Aus unserem — allerdings kleineren — Material läßt sich freilich nicht beweisen. Renner vertritt übrigens die gegenteilige Meinung, nämlich, daß cyklothyme Charaktere leichter der Sucht unterliegen als schizothyme, da diese im Eigenleben Genüge finden.

Besonderes Interesse verdienen die psychischen Störungen, sowohl die akut psychotischen, wie wir sie im Fall Nr. 17 auftreten sahen, als auch die Änderungen der allgemeinen seelischen Grundhaltung: Die Charakterveränderungen, die Opium und seine Derivate herbeiführen, konnten wir bei den Schlafmittelsuchten nicht finden. Was wir an psychisch Abnormen be-

obachteten, ist bereits vor der Sucht in der psychischen Konstitution des Kranken verankert; nur treten diese Züge unter der Wirkung der Narkotika deutlicher zutage. Nach der Entziehungskur zeigt sich die Persönlichkeit wieder, in der bereits vor der Sucht bekannten Form.

Was die akut psychotischen Bilder anlangt, so treten sie bei unseren Schlafmittelfällen immer im Gefolge von mehr oder minder vollständiger Entziehung auf und sind von großer motorischer Unruhe beherrscht. Es finden sich Bilder vom pathologischen Erregungszustand bis zum schweren Delir mit halluzinatorischen Erlebnissen.

Über die ätiologischen Faktoren der Intoxikationspsychosen ist viel gestritten worden. So nahm Kraepelin an, daß bestimmte Gifte ganz bestimmte zugehörige Krankheitsbilder auslösen, während Wernicke den Schwerpunkt auf die Lokalisation der Schädigung im Gehirn legte. Hoche hält die entstehenden Krankheitsbilder für Symptomenkomplexe, die auf vorgebildeten Mechanismen beruhen. Nach Bonhoeffer können „alle von außen auf das Gehirn einwirkenden Schädigungen in gleicher Weise eine Reihe von Zustandsbildern auslösen", die er exogene Reaktionstypen nennt. Hierher gehören vor allem Delirien, amnestische Symptomenkomplexe, aber auch „Zustandsbilder von stuporösem, angstvoll epileptoiden, dämmerzustandsartigem Charakter und ausnahmsweise manische oder depressive Bilder". Dabei betont er, daß es sich um „Prädilektionstypen" handelt. Demnach sind diese „Geistesstörungen nach Vergiftungen von der Vergiftung selbst abhängig". Er nimmt ein Stoffwechselgift als „ätiologisches Zwischenglied zwischen Vergiftung einerseits und Geistesstörung andererseits an". Indem also die verschiedenen Gifte das gleiche Stoffwechselgift auslösen, kommt es zum gleichen Bild der Geistesstörung.

Magnus schreibt der chemischen Natur der Gifte, sowie deren Dosierung, der Dauer und vor allem der besonderen Art der Anwendung eine wichtige Rolle zu. „Größere Mengen treffen größere Hirnteile", von der Ausdehnung des Prozesses ist also das jeweilige Erscheinungsbild abhängig.

Dagegen findet Jakob, daß weniger die Ausdehnung als die Intensität des Hirnprozesses bei gleicher Lokalisation das Wesen der Psychose beeinflußt.

Nach Meggendorfer muß man annehmen, daß eine „biologische Wechselwirkung zwischen Gift und vergifteten Organismus" zustande kommt. Diese Wechselwirkung ist von dem Ab-

bau und der Ausscheidung des Giftes im Körper abhängig. Mit der langsamen (w. z. B. beim Veronal) oder der schnellen Ausscheidung hängt die Gewöhnung zusammen. Einen großen Wert mißt er der Konstitution bei. Sowohl die Anlage von Gehirn, Gefäßsystem, innersekretorischen Drüsen, blutbildenden Organen usw. als auch Bedingungen der Umwelt und Disposition, wie Alters-, individuelle (verminderte oder erhöhte Reaktion) und zeitliche Bereitschaft (Krankheit, Erschöpfung, Ernährung u. Ä.) sind für die ausbrechenden Geistesstörungen verantwortlich zu machen.

„Wenn man diese Dinge als Zwischenglieder im weiteren Sinne bezeichnen will, scheint die Erkenntnis Bonhoeffers dem Wesen der Intoxikationspsychosen am nächsten zu kommen."

Im Vordergrund der exogenen Erscheinungsbilder steht die Bewustseinstrübung, zu der auch schon die mangelnde Konzentrations- und Merkfähigkeit als leichteste Formen zu rechnen sind. Ob die körperlichen Intoxikationserscheinungen (Haut-, Zellgewebs-, Schleimhaut-, Kreislauferscheinungen, sowie die neurologischen Symptome) der unmittelbaren Giftwirkung oder dem sich bildenden Stoffwechselgift zuzuschreiben sind, ist nicht zu entscheiden. Andererseits wirken die Gifte auch unmittelbar auf den Körper, wie Leber-, Herz- und Nierenschädigungen beweisen. Von den neurologischen Symptomen sind besonders die epileptischen Anfälle hervorzuheben. In den meisten Fällen wird eine endogene Bereitschaft zu Epilepsie vorhanden sein, auch wenn in der Familienanamnese nichts Eindeutiges zu erheben war, so daß das Gift lediglich auslösende Wirkung hatte. Doch kann die Entstehung einer symptomatischen Epilepsie durch das Gift nicht ausgeschlossen werden. In unseren Krankengeschichten finden sich während der Entziehung bei zwei Mitteln epileptische Anfälle, und zwar beim Phanodorm und Abasin. In den Familienanamnesen ist Epilepsie nicht nachweisbar. Die Frage, ob hier eine anlagegemäße Bereitschaft zu Krampfanfällen vorgelegen oder ob die Anfälle symptomatisch epileptisch waren, ist nicht mit Sicherheit zu entscheiden. Beziehungen zum epileptischen Kreis waren nicht festzustellen. Die große Häufigkeit, mit der gerade nach Phanodormmißbrauch epileptische Anfälle von uns beobachtet und auch sonst beschrieben sind, läßt doch an eine spezifisch krampfauslösende Wirkung des Giftes denken. Im Gegensatz zu den besprochenen stehen die Fälle, bei denen sich zwar in der Familienanamnese Angaben über Migräne oder unklare Krampfanfälle finden, die aber vor oder während der Ent-

ziehung keine Anfälle zeigen. Hier sind Dosis, Anwendung, Dauer, chemische Natur des Giftes usw. zu berücksichtigen.

Der akute oder chronische Verlauf der Psychosen erwies sich als unabhängig von der akuten oder chronischen Vergiftung.

In unserem Material tritt im Verlauf der Entziehungskur eine Psychose auf (17), bei der die starke motorische Unruhe und die kurze Dauer — 5 Tage — den akuten Verlauf kennzeichnet. — Unter den akuten Formen findet sich vor allen das Delir. Bei der chronischen Verlaufsform sind dagegen „reizbare Nervenschwäche, hypochondrische, ängstliche Verstimmung sowie moralische und intellektuelle Schwächezustände charakteristisch". Doch sind gerade hierbei die schon vorher bestehenden Persönlichkeitsanlagen zu beachten. Die Dauer solcher Zustände und die bestehen bleibenden Defekte auf moralischem und intellektuellem Gebiet werden die Chronizität erkennen lassen.

Die Prognose quoad vitam ist von der quoad sanationem beim chronischen und akuten Verlauf verschieden. Bei letzterem ist die Gefahr der Selbstschädigung während der motorischen Unruhe und der Bewußtseinstrübung (Delir) größer, während ein Übergehen in die chronische Form selten ist. Beim chronischen Verlauf ist das Leben weniger gefährdet, eine vollständige Heilung tritt aber sehr selten ein. Außerdem ist die Prognose noch von dem Maße der Vergiftung, der Form des Giftes und der Konstitution abhängig.

Die soziale Prognose beim Schlafmittelmißbrauch scheint im wesentlichen der beim Morphinismus ähnlich zu sein. Von zwei unserer Patienten ist bekannt, daß sie völlig untauglich im Beruf wurden. Einer von ihnen starb nach mehrmaligem Klinikaufenthalt in einem sehr heruntergekommenen Zustand, der andere befindet sich zur Zeit noch in der Anstalt in Bethel (1, 17). Bei zwei weiteren Fällen äußerte sich der soziale Verfall darin, daß der erste Kranke Rezeptfälschungen beging, also auch kriminelle Handlungen nicht scheute, der zweite seiner wirtschaftlichen Lage gegenüber völlig gleichgültig und in seinen Reaktionen schwächlich und passiv wurde. (2, 18.) Auch hier erfolgte eine zweimalige Klinikeinweisung. Von den übrigen 17 hatten sich sieben bereits vor der Aufnahme in die Universitäts-Nerven-Klinik mehrfach Entziehungskuren unterzogen, ohne wirklich frei geblieben zu sein, so daß auch ihre fernere Prognose zweifelhaft erscheinen muß. Allgemeine Süchtigkeit, Haltlosigkeit, Willensschwäche und Stimmungsschwankungen, wie sie an früherer Stelle einzeln ausgeführt wurden, die Kom-

bination mit Alkoholabusus begünstigen die Neigung zu Rückfällen und damit den sozialen Abstieg. Die primäre Ursache ist hier in der schon vorher bestehenden Persönlichkeit der Kranken zu suchen, während beim Morphium oft erst sekundäre Charakterveränderungen unweigerlich zum moralischen und sozialen Verfall führen.

Zusammenfassung.

1. Es wurden die Krankengeschichten der Universitäts-Nerven-Klinik ab 1923 durchgesehen. Dabei fand sich, daß die erste Aufnahme einer Schlafmittelsucht im Jahre 1932 stattfand, zu einer Zeit also, in der das verschärfte Opiumgesetz die Beschaffung von Opiaten zunehmend erschwerte.

2. In unserem Material gehören 11 von 21 Fällen dem ärztlichen Beruf an, bezw. stehen ihm nahe. Damit ist eine deutliche Berufsgefährdung für die Medikamentensucht festgestellt. Die restlichen 10 Fälle verteilen sich auf die verschiedensten Berufe. Diese Beobachtung deckt sich mit den Angaben aus der Literatur, wonach sich die Medikamentensucht nicht auf bestimmte Berufe beschränkt. Dagegen konnten wir eine gewisse soziale Schichtung feststellen, da alle von uns erfaßten Kranken gehobenen Ständen angehören.

3. Erbliche Belastung konnte in neun Fällen nachgewiesen werden. Vorwiegend handelt es sich dabei um Trunksucht. Ferner fanden sich depressive Verstimmungen, Suicide, Krampfanfälle und Migräne, sowie zwei Psychosen.

4. Unter den 21 Kranken befinden sich 17 psychopathische Persönlichkeiten. Es handelt sich dabei um Personen mit meist angeborener, seltener erworbener körperlicher oder geistiger Minderwertigkeit, die, ihnen mehr oder minder bewußt, in einer mangelnden Erlebnistiefe zum Ausdruck kommt. In der Sucht wird diese mangelnde Erlebnistiefe durch größere Erlebnisbreite ersetzt.

5. Auffallend ist die relative Häufigkeit der Dicodidsucht unter unseren Fällen. Hier muß ein Zusammenhang mit der endogenen Veranlagung angenommen werden.

6. Ob ein Zusammenhang zwischen dem Konstitutionstyp und der Neigung zu bestimmten Suchtmitteln besteht, ließ sich mit Sicherheit nicht feststellen.

7. Drei unserer Kranken, die zu einer außergewöhnlich hohen Dosierung der Barbitursäuren gelangten, weisen Be-

ziehungen zum epileptoiden Formenkreis auf. Es wird vermutet, daß Personen mit epileptoider Konstitution ganz allgemein eine größere Barbitursäuretoleranz besitzen. Im Gegensatz dazu stehen zwei Fälle von Abasin- und Phanodormmißbrauch, bei denen es unter der Entziehung zu epileptiformen Anfällen kam, ohne daß in deren Familienanamnese Epilepsie nachweisbar war. Die auch in der Literatur beobachteten epileptischen Anfälle nach Phanodorm machen es wahrscheinlich, daß es sich um eine für das Phanodorm spezifische Erscheinung handelt. In einem anderen Fall tritt nach Phanodormmißbrauch ein delirantes Zustandsbild auf.

8. Die soziale Prognose ist im wesentlichen der des Morphinismus ähnlich, jedoch wird sie bei Kombination mit Alkohol verschlechtert. Von ausschlaggebender Bedeutung ist in allen Fällen die Struktur der prämorbiden Persönlichkeit.

Literaturnachweis.

A. Opiate.

I. Opium.

1. Farrère, C.: Opium-Novellen. München, Georg Müller 1926.
2. Quincey: Bekenntnisse eines Opiumessers.

II. Codein.

1. Schwartz, H.: Chronische Codeinvergiftung (Codeinismus) in Führers Sammlung von Vergiftungsanfällen, Bd. 2.

III. Eukodal.

1. Alexander, A.: Über Eukoladismus. Münchn. med. Wschr., Bd. 67, S. 873. 1920.
2. Berliner, M.: Über Eukodalismus. Wiener klin. Wschr., Bd. 39, S. 1045. 1926.
3. Falck, E.: Eukodalismus. Berliner kl. Wschr., Bd. 56, S. 446. 1929.
4. Frendorf: Über Eukodalismus. Münchn. med. Wschr., Bd. 71, S. 751. 1924.

IV. Acedicon.

1. Bieling, K.: Chronische Acediconvergiftung (Acediconismus. in Führers Sammlung von Vergiftungsfällen, Bd. 2.

B. Narkotica.

I. Chloroform.

1. Rehm, P.: Chloroformsucht. Berliner kl. Wschr., Bd. 22, S. 317. 1885.

C. Hypnotica.

I. Harnstoffderivate.

a) Abasin:

1. Ebstein, E.: Das neue Sedativum Abasin. Dtsch, med. Wschr., S. 1086. 1924.
2. Fünfgeld: Über Abasin, eines neues Sedativum. Kl. Wschr., S. 790. 1925.
3. Moravitz, P.: Langdauernder Abasingebrauch als Ursache einer hämorrhagischen Diathese unter dem Bilde der purpura Majochii. In Führers Sammlung von Vergiftungsfällen, Bd. 2, S. 71.

II. Barbitursäurederivate.

a) Veronal:

1. Hage, O.: Über Veronalvergiftung. Viertj. Ztschr. f. ger. Med., Bd. 62, S. 19. 1921.

2. Herrschmann, H.: Über paralyseähnliche Zustandsbilder nach Intoxikation durch Veronal und chemisch verwandte Schlafmittel. Archiv f. Psych. u. Nervenkrh., Bd. 70, S. 623. 1924.
3. Laehr: Ein Fall von akuter Psychose nach chron. Veronalmißbrauch. Allge. Ztschr. f. Psych. und psych.-gerichtl. Med., Bd. 69, S. 529. 1912.
4. Steindorf, K.: Augenstörungen bei Vergiftung durch Veronal u. die ihm nahestehenden Schlafmittel. Dtsch. med. Wschr., Bd. 51, S. 1565. 1925.
5. Schneider, K.: Veronaldelirien. Allg. Ztschr. f. Psych., Bd. 72, S. 87. 1915.
6. Schwartz, L.: Über die Unschädlichkeit des Veronals. Schweizer med. Wschr., S. 326. 1927.

b) Phanodorm:

1. Kaufmann, A. F.: Die relative Ungiftigkeit des Phanodorms. Kl. Wschr., S. 2430. 1926.
2. Langheinrich: Über klin. Erfahrungen mit Phanodorm. Münchn. med. Wschr., S. 2174. 1925.
3. Langelüddeke, A.: Ein Fall von Phanodormpsychose. Dtsch. med. Wschr., S. 813. 1932.
4. Mosbacher, F. W.: Über Phanodormdelirien. Psych.-neurol. Wschr., S. 15. 1932.
5. Moussier, Fornier etc.: Parkinsonsyndrom und psychische Störungen in einem Fall von chronischer Veronalvergiftung. An. Fac. Med. (Montevideo) 16, p. 263, 1931. Ref.: Ztschr. f. gerichtl. Med., Bd. 19, S. 350. 1932.
6. Pfannmüller: Erfahrungen mit Phanodorm. Münch. med. Wschr., S. 1669. 1925.

D. Allgemeines.

Bonhoeffer:

1. Zur Frage der exogenen Psychosen. Zentralblatt f. Psych. u. Neur., Bd. 20, S. 499. 1919.
2. — Die exogenen Reaktionstypen. Archiv f. Psych. u. Neur., Bd. 58, S. 58. 1917.
3. Baudelaire, C.: Die künstlichen Paradiese. München, Georg Müller.
4. Bürger, H.: Beitrag zur Aetiologie und Symptomatologie exogener Vergiftungen. Mtschr. f. Psych., Bd. 72, S. 293. 1929.
5. Joel, E. u. Fränkel, F.: Konstitution und Konstellation in ihrer Bedeutung f. d. Mißbrauch der Rauschgifte in Brugsch u. Lewy: „Biologie der Persönlichkeit", S. 43. Urban u. Schwartzenberg, Wien u. Berlin.
6. Kraepelin, E.: Delirien, Halluzinose und Dauervergiftung. Mtschr. f. Psych. u. Neur., Bd. 54, S. 43. 1923.
7. Kretschmer: Körperbau und Charakter.
8. Lange, J.: Rasse und Genußmittel. Ztschr. f. Rassenkunde, Bd. 2, Heft 2. 1935.
9. — u. Guttmann, E.: Zur Diagnose der Schlafmittelvergiftungen. Klin. Wschr., S. 1685. 1926.

10. Pohlisch, K.: Über psychische Reaktionsformen bei Arzneimittelvergiftungen Mtschr. f. Psych. u. Neur., Bd. 69, S. 200. 1928.
11. — u. Panse, F.: Schlafmittelmißbrauch. Thieme, Leipzig 1934.
12. Renner, A.: Über Schlafmittelgebrauch u. -mißbrauch. Fortschr. d. Ther., Bd. 8, Heft 20. 1930.
13. Schneider, K.: Die psychopathischen Persönlichkeiten. Deuticke, 1934, Leipzig und Wien.
14. Poulsson: Lehrbuch der Pharmakologie. Hirzel, Leipzig.
15. Wassermeyer, M.: Seltenere Formen von Schlafmittelvergiftungen, insbesondere bei Morphinentziehung. Allg. Ztschr. f. Psych., Bd. 98, S. 459. 1932.
16. Meggendorfer: Intoxikationspsychosen. Handbuch der Geisteskrh., Bd. 8, S. 151.

Lebenslauf.

Ich bin als Tochter des Kaufmanns Albert Möwius und seiner Ehefrau Ottilie, geb. Schulz, am 16. April 1911 zu Breslau geboren worden. Von 1917 bis 1918 besuchte ich die städtische Viktoriaschule, von 1918 bis 1931 das Oberlyceum von Zawadzky, Breslau, an dem ich im März 1931 das Abitur bestand. Im Sommerhalbjahr 1931 besuchte ich die Städtische Haushaltungsschule und begann im Wintersemester 1931/1932 das Medizinstudium an der Universität Breslau, an der ich 1934 das Physikum und 1937 das Staatsexamen ablegte. Während meines praktischen Jahres arbeitete ich acht Monate in der Universitäts-Nerven-Klinik und vier Monate auf der Inneren Abteilung des städtischen Wenzel-Hancke-Krankenhauses in Breslau. Seit Beendigung des Medizinalpraktikantenjahres am 30. September 1938 befinde ich mich in der Universitäts-Nerven-Klinik als Volontärärztin.